

SPIS TREŚCI

I. WPROWADZENIE.....	2
II. PODSTAWY PRAWNE PROGRAMU	4
III. DIAGNOZA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH W KRAJU I WOJEWÓDZTWIE	5
3.1. Skala zjawiska dotyczącego problemów alkoholowych w kraju	5
3.2. Skala zjawiska dotyczącego problemów alkoholowych w Małopolsce	6
3.3. Liczba leczonych z powodu zaburzeń alkoholowych w Małopolsce.....	10
3.4. Kondycja małopolskiej rodziny w kontekście problemów alkoholowych.....	11
IV. ZASOBY INSTYTUCJONALNE WOJEWÓDZTWA	15
4.1. Działalność publicznych zakładów opieki zdrowotnej w zakresie stacjonarnych oraz ambulatoryjnych placówek leczenia uzależnień w województwie małopolskim	15
4.2. Profil osoby uzależnionej oraz przyczyny uzależnień.....	20
4.3. Forma opieki nad pacjentem z rozpoznanym uzależnieniem od alkoholu.....	22
V. ZAŁOŻENIA MAŁOPOLSKIEGO PROGRAMU PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH (MPPRPA) NA LATA 2014-2020	24
VI. FINANSOWANIE, ZARZĄDZANIE I MONITOROWANIE PROGRAMU.....	26
VII. TERMINOLOGIA	32
Spis tabel:	39
Spis wykresów:	39
Spis map:	39

I. WPROWADZENIE

Zgodnie z *Ustawą z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* (tj. Dz. U. z 2012 r. poz. 1356 z późn. zm.), samorząd województwa realizuje zadania w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych poprzez wojewódzki program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Zadaniem Zarządu Województwa jest koordynacja przygotowania i realizacja programu, udzielanie pomocy merytorycznej instytucjom i osobom fizycznym realizującym zadania objęte tym programem oraz współdziałanie z innymi organami administracji publicznej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych.

„Małopolski Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2014-2020” jest III edycją wojewódzkiego programu w tym zakresie, a tym samym stanowi kontynuację „Małopolskiego Programu Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom na lata 2004-2007” oraz „Małopolskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2008-2013”.

Kolejna edycja Programu bazuje na Małopolskim Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2008-2013, stanowiąc jego kontynuację, wskazuje równocześnie na nowe kierunki działań w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w Małopolsce. W trakcie opracowywania programu kluczową kwestią było racjonalne określenie zadań i zdefiniowanie adekwatnych wskaźników ich realizacji, które pozwolą w sposób przejrzysty uwidocznić efekty wdrażania programu i będą możliwe do osiągnięcia przez wszystkich współrealizatorów.

Nadrzędnym celem Programu jest: **Wzmacnianie działań kształtujących prozdrowotny styl życia ze szczególnym uwzględnieniem redukcji szkód o charakterze rodzinnym, społecznym i zdrowotnym związanych ze spożywaniem alkoholu.** Cel nadrzędny będzie realizowany poprzez 3 cele operacyjne oraz 23 zadania. Wszystkie zadania poprzez działania profilaktyczne, prewencyjne, lecznicze i rehabilitacyjne, a także z obszaru reintegracji społecznej i zawodowej służą osiągnięciu celu nadrzędnego Programu.

Zarządzeniem nr 27/2013 Marszałka Województwa Małopolskiego z dnia 8 marca 2013 r. powołano Zespół Zadaniowy ds. opracowania Wieloletnich Programów Wojewódzkich tj.: Małopolskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2014-2020 oraz Małopolskiego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2014-2020, w składzie:

1. Wojciech Kozak – Wicemarszałek Województwa Małopolskiego sprawujący opiekę merytoryczną i konsultacyjną nad sprawami zdrowia – Przewodniczący Zespołu,
2. Anita Orzeł-Nowak – p.o. Dyrektora Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego – Zastępca Przewodniczącego Zespołu,
3. Agnieszka Markielowska – Podinspektor w Departamencie Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego – Sekretarz Zespołu,
4. Józefa Szczurek-Żelazko – Przedstawiciel Komisji Polityki Prorodzinnej i Społecznej Sejmiku Województwa Małopolskiego,
5. Sylwia Grzesiak-Ambroży – Kierownik Zespołu ds. Polityki Zdrowotnej i Społecznej w Departamencie Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego,
6. Robert Manys – p.o. Koordynatora w Zespole ds. inwestycji WPL w Departamencie Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego,

7. Weronika Salamon – Przedstawiciel Departamentu Polityki Regionalnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego,
8. Paweł Strojny – Przedstawiciel Departamentu Polityki Regionalnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego,
9. Katarzyna Połeć-Kołodziej – Przedstawiciel Departamentu Rozwoju Gospodarczego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego,
10. Barbara Szulia-Flak – Przedstawiciel Departamentu Budżetu i Finansów Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego.

Program został opracowany przez powyższy Zespół Zadaniowy wraz z gronem ekspertów kluczowych instytucji zaangażowanych w profilaktykę i przeciwdziałanie uzależnieniom na terenie województwa małopolskiego tj.: Bożena Bańdo, Barbara Bętkowska-Korpała, Iwona Bodziony, Robert Bretner, Eugeniusz Dąbrowski, Monika Domagała, Roman Dudzik, Jacek Górecki, Tomasz Gubała, Agnieszka Hejmo, Marek Jachowicz, Marcin Kucharski, Edyta Laurman-Jarząbek, Agnieszka Litwa-Janowska, Krzysztof Łabuz, Lucjan Miś, Małgorzata Nowobilska-Stanios, Ewa Piskorz, Iwona Proszkowiec-Ziąbek, Jakub Przybyła, Leszek Ramenda, Grażyna Rychlicka-Schirmer, Marta Rzadkowska, Jacek Skrobot, Katarzyna Stefaniuk, Aleksandra Sutkowska, Alicja Szarek-Pazdur, Wanda Szaszkiewicz, Wioletta Wilimska, Agnieszka Winiarska, Grzegorz Wodowski, Piotr Zalitacz.

Projekt Programu był konsultowany z zainteresowanymi środowiskami i partnerami społecznymi. Cele operacyjne i zadania są spójne z celami oraz zadaniami Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015.

II. PODSTAWY PRAWNE PROGRAMU

Ustawy:

1. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (tj. Dz. U. z 2013 r., poz. 596 z późn. zm.).
2. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tj. Dz. U. z 2012 r. poz. 1356 z późn. zm.).
3. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz. U. z 2010 r., Nr 234, poz. 1536 z późn. zm.).
4. Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2011r., Nr 43, poz. 225 z późn. zm.).
5. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2013 Nr 182).
6. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2005 r. Nr 180, poz. 1493 z późn. zm.).
7. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2013 r. poz. 217 z późn. zm.).

Programy krajowe:

1. Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015 z dnia 22 marca 2011 roku.
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 z dnia 15 maja 2007 roku.

Założenia wojewódzkie:

1. Strategia Rozwoju Województwa Małopolskiego na lata 2007-2013 przyjęta Uchwałą Nr XLI/527/2006 Sejmiku Województwa Małopolskiego z dnia 30 stycznia 2006 roku.
2. Strategia Rozwoju Województwa Małopolskiego na lata 2011-2020 przyjęta Uchwałą Nr XII/183/11 Sejmiku Województwa Małopolskiego z dnia 26 września 2011 roku.
3. Małopolski Program Ochrony Zdrowia na lata 2006-2013 przyjęty Uchwałą nr LI/651/06 Sejmiku Województwa Małopolskiego z dnia 27 października 2006 roku.
4. Małopolski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2011-2015 przyjęty Uchwałą Nr 1262/11 Zarządu Województwa Małopolskiego z dnia 25 października 2011 roku.
5. Małopolski Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2007-2013 przyjęty Uchwałą Nr 532/07 Zarządu Województwa Małopolskiego z dnia 12 lipca 2007 roku.

Dokumenty międzynarodowe:

1. Strategia UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu ogłoszona 24 października 2006 roku.
2. Globalna Strategia Redukująca Szkodliwe Spożywanie Alkoholu dokument WHO przyjęty 21 maja 2010 roku, podczas 63 obrad Światowego Zgromadzenia Zdrowia.

III. DIAGNOZA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH W KRAJU I WOJEWÓDZTWIE

3.1. Skala zjawiska dotyczącego problemów alkoholowych w kraju

W oparciu o wyniki badań zrealizowanych w okresie listopad 2010 roku – marzec 2011 roku na próbie losowej ponad 10 tys. Polaków w wieku 18-65 lat przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, Akademię Medyczną we Wrocławiu oraz Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego liczbę osób uzależnionych w Polsce szacuje się na ok. 850 tys., zaś osób pijących alkohol szkodliwie na ok. 3,6 mln. Według danych z Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, systematycznie wzrasta spożycie piwa wśród mieszkańców kraju (tabela 1). W 2011 roku spożycie piwa w litrach wzrosło o 3,10 litra (3,39 %) i w porównaniu do 2009 roku piwo stanowi ponad 55% spożywanego alkoholu. W 2011 roku średnio na 1 mieszkańca przypadało 9,25 litra 100% alkoholu.

Tabela 1. Spożycie alkoholu w litrach na jednego mieszkańca Polski w latach 2009-2011.

Spożycie w litrach na jednego mieszkańca					
Lata	Wyroby spirytusowe (100% alkoholu)	Wino i miody pitne*	Wino i miody pitne* w przeliczeniu na 100% alkohol	Piwo*	Piwo w przeliczeniu na 100% alkoholu
2009	3,2 l	7 l	0,84 l	91,2 l	5,02 l
2010	3,2 l	7 l	0,84 l	90,5 l	4,98 l
2011	3,3 l	6,4 l	0,77 l	94,3 l	5,19 l

Źródło: http://www.parpa.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=156&Itemid=145.

* Przyjmuje się założenie, iż w jednym litrze piwa zawartych jest 5,5% alkoholu, a w winie (miodzie pitnym) zawartych jest 12% alkoholu.

Według Diagnozy Społecznej 2013, odsetek osób, które na kłopoty reagują sięganiem po alkohol jest mniejszy (3,9% obecnie, 3,4% dwa lata temu) niż odsetek osób, które przyznają się do nadużywania alkoholu (6,7% obecnie, 6,8% dwa lata temu). W przekroju grup zawodowych najbardziej dotkniętymi problemem alkoholowym są robotnicy budowlani (16,9%), robotnicy pomocniczy w górnictwie i budownictwie (16,4%), agenci i pośrednicy handlowi i biznesowi (15,6%), robotnicy w przetwórstwie spożywczym (14,6%), operatorzy innych maszyn i urządzeń (14,4%), rzemieślnicy (14,3%). Są to zawody typowo męskie. Najmniejszy odsetek nadużywających alkoholu jest wśród pielęgniarek (2,5%) i innych specjalistów ochrony zdrowia (2,3%). Wyjątek stanowią lekarze, weterynarze, dentyści, którzy znacznie częściej przyznają się do nadużywania alkoholu (11,1%).

Prawdopodobieństwo nadużywania alkoholu jest niemal 5-krotnie mniejsze wśród kobiet (2,6) niż wśród mężczyzn (11,4). W porównaniu z najmłodszymi respondentami (16-24 lata – grupa odniesienia) istotnie mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia problemu alkoholowego występuje tylko wśród najstarszych (65+lat). Czynnikiem różnicującym powszechność nadużywania alkoholu jest klasa miejscowości zamieszkania: w mniejszych miastach, a zwłaszcza na wsi problem ten jest zdecydowanie mniej powszechny niż w dużych aglomeracjach tj. 100-200 tys. mieszkańców. Osoby z wykształceniem wyższym, średnim i zasadniczym zawodowym rzadziej od osób z wykształceniem podstawowym nadużywają alkoholu. Częściej w porównaniu z innymi grupami społeczno-zawodowymi przy kontroli pozostałych cech nadużywanie alkoholu występuje w grupie bezrobotnych, a w dalszej kolejności innych biernych zawodowo i pracowników sektora prywatnego. W porównaniu z osobami żyjącymi w stanie wolnym o ponad 30% rzadziej nadużywają alkoholu osoby żyjące

w małżeństwie, a o 30% częściej osoby rozwiedzione. Stres życiowy niezwykle silnie wiąże się z nadużywaniem alkoholu. Osoby doświadczające wysokiego poziomu stresu nadużywają alkoholu prawie 4 razy częściej w porównaniu z osobami doświadczającymi niewielkiego stresu. Oczywiście związek przyczynowy może być tu dwustronny: zarówno stres może skłaniać do picia, jak i nadużywanie alkoholu może wywoływać różne problemy życiowe¹.

Spożywanie alkoholu jest najbardziej rozpowszechnionym zachowaniem ryzykownym nie tylko wśród osób dorosłych, ale i wśród nastolatków. Badania ESPAD z 2011 roku zrealizowane wśród uczniów dwóch roczników: w wieku: 15-16 lat (trzecie klasy gimnazjum) i 17-18 lat (drugie klasy szkół ponadgimnazjalnych) wskazały, iż młodzież w większości zalicza się do konsumentów alkoholu, pije przede wszystkim piwo, rzadziej sięgając po inne napoje, a poważnym problemem staje się upijanie. Ponadto nastąpiło zahamowanie procesu zmniejszania się różnic między chłopcami i dziewczętami w spożyciu napojów alkoholowych (tabela 2). Zauważono także niewielką tendencję spadkową w traktowaniu picia alkoholu jako zachowania bardzo ryzykownego. Według ocen badanych nastąpił również spadek dostępności napojów alkoholowych oraz spadek zakupu².

Tabela 2. Picie napojów alkoholowych wśród chłopców i dziewcząt w 2011 roku.

Poziom klasy	Częstotliwość	Odsetek chłopców	Odsetek dziewcząt
II klasy gimnazjum	kiedykolwiek w życiu	89,0%	85,6%
	w czasie 12 miesięcy przed badaniem	80,2%	76,5%
	w czasie 30 dni przed badaniem	62,3%	53,1%
II klasy szkół ponadgimnazjalnych	kiedykolwiek w życiu	96,2%	94,2%
	w czasie 12 miesięcy przed badaniem	93,9%	89,2%
	w czasie 30 dni przed badaniem	84,9%	75,6%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportu: Sierosławski J., „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r.” Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD, Warszawa 2011, str. 22.

3.2. Skala zjawiska dotyczącego problemów alkoholowych w Małopolsce

W 2012 roku w województwie małopolskim mieszkało 3 354 077 Małopolan, w tym 1 626 988 mężczyzn (48,51%) i 1 727 089 kobiet (51,49%). W porównaniu do roku 2011 liczba ludności wzrosła o 7 281 osób (0,21%).

Według Raportu z badań ankietowych zrealizowanych w 2010 roku w Województwie Małopolskim pn.: „Substancje psychoaktywne: postawy i zachowania”, Kraków 2011 przeprowadzonych na losowej próbie mieszkańców województwa małopolskiego w wieku 15-64 lata, alkohol jest zdecydowanie najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną. Ponad 78% respondentów deklarowało, że używało alkohol w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem (tabela 3). Najczęściej badani wymieniali piwo (69%), nieco rzadziej wskazywali wino (63%) oraz napoje spirytusowe (55%).

¹ Czapiński J., Panek T.(red): Diagnoza Społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków. Warszawa 2013, Rada Monitoringu Społecznego, str. 242-245.

² Sierosławski J.: Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną, Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r., badania ESPAD 2011; Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa 2011.

Tabela 3. Odsetek konsumentów alkoholu oraz poszczególnych typów napojów alkoholowych (w czasie ostatnich 12 miesięcy).

Rodzaj napoju alkoholowego	Odsetek konsumentów
Napoje alkoholowe	78,3%
Napoje spirytusowe	55,1%
Wino	62,8%
Piwo	69,0%

Źródło: Kidawa M., Malczewski A., Struzik M., Raport z badań ankietowych zrealizowanych w 2010 roku w Województwie Małopolskim. Substancje psychoaktywne: postawy i zachowania, Kraków 2011, str. 49.

Największe średnie spożycie 100% alkoholu w roku w litrach dotyczyło napojów spirytusowych oraz piwa. Konsumenty piwa wypijali rocznie średnio 3,4 litra czystego alkoholu. Wśród konsumentów napojów spirytusowych średnia wyniosła 3,7 litra czystego alkoholu rocznie (tabela 4).

Tabela 4. Szacowane średnie roczne spożycie alkoholu w litrach 100% alkoholu.

Napoje spirytusowe	Średnia dla wszystkich badanych	Średnia dla konsumentów napojów spirytusowych
Napoje spirytusowe	1,5 l	3,7 l
Wino	0,5 l	0,9 l
Piwo	2,2 l	3,4 l

Źródło: Kidawa M., Malczewski A., Struzik M., Raport z badań ankietowych zrealizowanych w 2010 roku w Województwie Małopolskim. Substancje psychoaktywne: postawy i zachowania, Kraków 2011, str. 50.

Wśród konsumentów napojów alkoholowych w podziale na płeć przeważali mężczyźni, którzy najczęściej wypijali wódki oraz piwa, kobiety natomiast spożywały najczęściej piwa i wina (tabela 5).

Tabela 5. Odsetek konsumentów alkoholu oraz poszczególnych typów napojów alkoholowych w podziale na płeć (w czasie ostatnich 12 miesięcy).

Rodzaj napoju alkoholowego	Mężczyźni	Kobiety
Piwo	76,5%	61,5%
Wino	64,3%	61,1%
Wódka	67,7%	42,6%
Łącznie spożycie	81,9%	74,7%

Źródło: Kidawa M., Malczewski A., Struzik M., Raport z badań ankietowych zrealizowanych w 2010 roku w Województwie Małopolskim. Substancje psychoaktywne: postawy i zachowania, Kraków 2011, str. 49.

Podsumowując, struktura częstotliwości picia piwa oraz wzory konsumpcji piwa zdecydowanie odbiegają od konsumpcji wina oraz napojów spirytusowych. Piwo zdecydowanie najczęściej na tle innych napojów alkoholowych konsumowane jest codziennie lub prawie codziennie. Do takiego zachowania przynależało 2,6% badanych. Zdecydowanie częściej piwo wypijane było także przez respondentów 3-4 razy w tygodniu (6,2%), 1-2 razy w tygodniu (19,3%) oraz 2-3 razy w miesiącu (prawie 16%). Mniejszy odsetek (11%) badanych deklarowało picie piwa raz w miesiącu³.

Zdecydowana większość ankietowanych, bo aż 90,4% nie deklarowała prowadzenia pojazdów mechanicznych po alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Wśród ankietowanych 6% przyznało się do prowadzenia pojazdów

³ Kidawa M., Malczewski A., Struzik M. „Raport z badań ankietowych zrealizowanych w 2010 roku w Województwie Małopolskim. Substancje psychoaktywne: postawy i zachowania”, Kraków 2011, str. 51.

pod wpływem alkoholu, a ponad 3% nie pamiętało, bądź nie było pewnych czy zdarzyło im się takie zachowanie⁴.

W roku 2011 funkcjonariusze Ruchu Drogowego w garnizonie Województwa Małopolskiego przebadali 458 038 osób, z czego u 5 909 (12,9%) stwierdzono spożycie alkoholu. W roku 2012 liczba przebadanych kierowców wzrosła do 655 926, z czego u 6 473 (0,99%) osób stwierdzono spożycie alkoholu. Natomiast w I półroczu 2013 roku przebadano 428 861 kierowców w województwie małopolskim, z czego u 3 049 (0,71%) osób ujawniono spożycie alkoholu (tabela 6).

Tabela 6. Liczba przebadanych kierowców, w tym pod wpływem alkoholu w latach 2011-2013.

Rok	Liczba przebadanych kierowców	Liczba kierowców pod wpływem alkoholu
2011	458 038	5 909
2012	655 926	6 473
2013 I półrocze	428 861	3 049
Razem	1 542 825	15 431

Źródło: Opracowanie Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej na podstawie danych z Komendy Wojewódzkiej Policji w Krakowie.

Dane statystyczne Komendy Wojewódzkiej Policji w Krakowie dotyczące liczby sprawców z podziałem na nietrzeźwych podejrzanych (dorośli) i nietrzeźwych nieletnich sprawców czynów karalnych w kategoriach przestępstw w latach 2011-2012 przedstawiały się następująco:

1. **Zabójstwo** – dorośli podejrzani ogółem – 51 osób (w 2011 roku 44 osoby), w tym nietrzeźwi 25 osób (w 2011 roku 28 osób), co stanowiło 49% ogółu podejrzanych; nieletni sprawcy ogółem – 0 (1), w tym nietrzeźwi 0 (0), co stanowiło 0% ogółu nieletnich sprawców,
2. **Uszczerbek na zdrowiu** – dorośli podejrzani ogółem – 628 osób (w 2011 roku 622 osoby), w tym nietrzeźwi 121 osób (w 2011 roku 129 osób), co stanowiło 19% ogółu podejrzanych; nieletni sprawcy ogółem – 152 osoby (w 2011 roku 162 osoby) w tym nietrzeźwi 4 osoby (w 2011 roku 3 osoby), co stanowiło 2,6% ogółu nieletnich sprawców,
3. **Udział w bójce lub pobiciu** – dorośli podejrzani ogółem – 1 045 osób (w 2011 roku 1 125 osób), w tym nietrzeźwi 255 osób (w 2011 roku 323 osoby), co stanowiło 24,4% ogółu podejrzanych; nieletni sprawcy ogółem – 189 osób (w 2011 roku 279 osób) w tym nietrzeźwi 3 osoby (w 2011 roku 10 osób), co stanowiło 1,6% ogółu nieletnich sprawców,
4. **Zgwałcenia** – dorośli podejrzani ogółem – 52 osoby (w 2011 roku 86 osób), w tym nietrzeźwi 12 osób (w 2011 roku 16 osób), co stanowiło 23% ogółu podejrzanych; nieletni sprawcy ogółem – 3 (16), w tym nietrzeźwi, 0 (0) co stanowiło 0% ogółu nieletnich sprawców,
5. **Kradzież cudzej rzeczy** – dorośli podejrzani ogółem – 3 613 osób (w 2011 roku 3 341 osób), w tym nietrzeźwi 367 osób (w 2011 roku 314 osób), co stanowiło 10,2% ogółu podejrzanych; nieletni sprawcy ogółem – 392 osoby (w 2011 roku 493 osoby), w tym nietrzeźwi 6 osób (w 2011 roku 5 osób), co stanowiło

⁴ Kidawa M., Malczewski A., Struzik M. „Raport z badań ankietowych zrealizowanych w 2010 roku w Województwie Małopolskim. Substancje psychoaktywne: postawy i zachowania”, Kraków 2011, str. 53-54.

1,5% ogółu nieletnich sprawców,

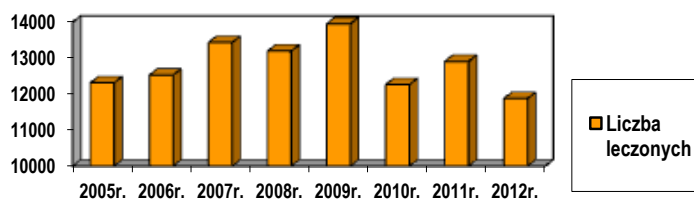
6. **Kradzież z włamaniem** – dorośli podejrzani ogółem – 1 191 osób (w 2011 roku 1 334 osoby), w tym nietrzeźwi 171 osób (w 2011 roku 166 osób), co stanowiło 14,4% ogółu podejrzanych; nieletni sprawcy ogółem – 190 osób (w 2011 roku 251 osób), w tym nietrzeźwi 5 osób (w 2011 roku 2 osoby), co stanowiło 2,6% ogółu nieletnich sprawców,
7. **Rozbój kradzież i wymuszenie rozbójnicze** – dorośli podejrzani ogółem – 806 osób (w 2011 roku 964 osoby), w tym nietrzeźwi 167 osób (w 2011 roku 209 osób), co stanowiło 20,7% ogółu podejrzanych; nieletni sprawcy ogółem – 215 osób (w 2011 roku 264 osoby), w tym nietrzeźwi 9 osób (w 2011 roku 11 osób), co stanowiło 4,2% ogółu nieletnich sprawców,
8. **Uszkodzenie rzeczy** – dorośli podejrzani ogółem – 1 191 osób (w 2011 roku 1 413 osób), w tym nietrzeźwi 465 osób (w 2011 roku 518 osób), co stanowiło 39,1% ogółu podejrzanych; nieletni sprawcy ogółem – 142 osoby (w 2011 roku 222 osoby), w tym nietrzeźwi 17 osób (w 2011 roku 28 osób), co stanowiło 12% ogółu nieletnich sprawców,
9. **Przestępstwa przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu** – dorośli podejrzani ogółem – 1 264 osoby (w 2011 roku 1 149 osób), w tym nietrzeźwi 736 osób (w 2011 roku 709 osób), co stanowiło 58,2% ogółu podejrzanych; nieletni sprawcy ogółem – 79 osób (w 2011 roku 84 osoby) w tym nietrzeźwi 8 osób (w 2011 roku 11 osób), co stanowiło 10,1% ogółu nieletnich sprawców.

Policjanci garnizonu małopolskiego realizują działania zmierzające do ograniczenia zjawiska jakim jest alkoholizm poprzez organizowanie akcji mających na celu m.in. ujawnienie łamania prawa w zakresie nielegalnej sprzedaży alkoholu, udostępniania czy ułatwiania dostępu do alkoholu osobom nieletnim. Specjaliści ds. nieletnich oraz dzielnicowi prowadzą spotkania i prelekcje z młodzieżą, podczas których Policja uświadamia młodym osobom szkodliwość spożywania alkoholu. Funkcjonariusze realizujący problematykę przeciwdziałania alkoholizmowi i likwidowania jego skutków na bieżąco współpracują z Gminnymi/Miejskimi Komisjami Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (udział policjantów w komisjach, kierowanie wniosków o leczenie). Prowadzone są także rozmowy z właścicielami lokali, w których sprzedawany jest alkohol, na temat ewentualnych konsekwencji czynów przeciwko ustawie o wychowaniu w trzeźwości.

3.3. Liczba leczonych z powodu zaburzeń alkoholowych w Małopolsce

W 2012 roku nastąpił spadek liczby leczonych z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w województwie małopolskim o 1 031 osób w porównaniu do 2011 roku (7,98%) (wykres 1).

Wykres 1. Leczeni z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w województwie małopolskim w latach 2005-2012.



Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych z Małopolskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Krakowie do 2009 roku oraz Wydziału Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego od 2010 roku.

Od 2009 roku można zauważyć nieznaczny trend spadkowy leczonych osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu. Może mieć to związek z limitami w kontraktach, część placówek nie przyjmuje powyżej kontraktu, a niektóre mają tak niskie kontrakty, że niewielu pacjentów mogą przyjąć na terapię. W 2012 roku nadwykonania miało 37% poradni, 60% oddziałów całodobowych, 22% oddziałów dziennych. Ponadto zmienia się czas uczestnictwa pacjenta w terapii (wydłuża się), więc nowi pacjenci nie są przyjmowani od razu.

W 2012 roku w przedziale wiekowym 0-18 lat odnotowano spadek o 37 osób (49,33%), a w liczbie osób leczonych po raz pierwszy ogółem spadek o 1 257 osób (23,27%), w porównaniu z rokiem 2011. Najwięcej pacjentów, bo aż 10 417 leczonych było z powodu zespołu uzależnienia (tabela 7).

Tabela 7. Leczeni z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w województwie małopolskim w 2012 roku

Wyszczególnienie		Leczeni		Leczeni po raz pierwszy	
		Ogółem	W wieku 0-18 lat	Ogółem	W wieku 0-18 lat
1		2	3	4	5
Ogółem	2011 r.	12 906	75	5 402	56
	2012 r.	11 875	38	4 145	20
w tym:	mężczyźni	9 336	29	3 290	15
	osoby zamieszkałe na wsi	4 225	13	1 442	8
grupy poradniane	opieka czynna	5 290	12	1 899	8
Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem alkoholu:					
ostre zatrucie (F10.0)		234	1	85	0
używanie szkodliwe (F10.1)		686	14	361	8
zespół uzależnienia (F10.2)		10 417	23	3 571	12

Wyszczególnienie	Leczeni		Leczeni po raz pierwszy	
	Ogółem	W wieku 0-18 lat	Ogółem	W wieku 0-18 lat
zespół abstynencyjny bez majaczenia (F10.3)	143	0	42	0
zespół abstynencyjny z majaczeniem (F10.4)	15	0	5	0
zaburzenia psychotyczne bez majaczenia (F10.5)	104	0	20	0
zespół amnestyczny (F10.6)	22	0	3	0
inne zaburzenia psychiczne (F10.7, F10.8, F10.9)	191	0	32	0
współistniejące uzależnienie od środków psychoaktywnych (F11-F19)	104	0	39	0
Współuzależnienia	2 324	16	951	14

Źródło: Wydział Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie.

3.4. Kondycja małopolskiej rodziny w kontekście problemów alkoholowych

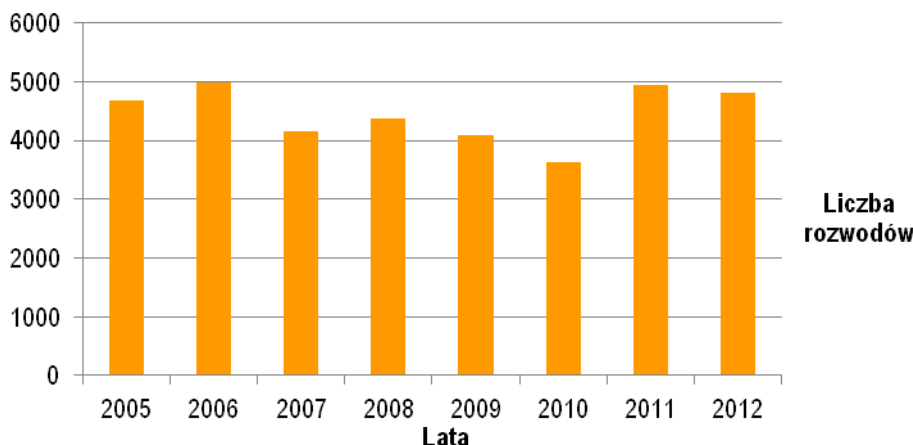
Wśród społecznych uwarunkowań zjawiska alkoholizmu bardzo istotną rolę odgrywa rodzina. Coraz częstszą cechą dzisiejszych rodzin jest rozluźnienie lub zupełna utrata więzi uczuciowej pomiędzy jej członkami. Często są to rodziny rozbite, niepełne lub przeżywające ostre kryzysy psychiczno-moralne. Rodzice coraz mniej czasu poświęcają swoim dzieciom, dlatego szukają akceptacji i bezpieczeństwa w świecie zewnętrznym, a alkohol staje się lekarstwem na problemy. Mechanizmy uzależnienia i sięgania po substancje psychoaktywne przez dzieci czy dorosłych mają, więc szeroki kontekst i są uwarunkowane wieloma czynnikami. Obserwując kondycję małopolskiej rodziny należy stwierdzić, że w budżetach, w 2011 roku dominowały wydatki na żywność i napoje bezalkoholowe (26%). Wydatki na napoje alkoholowe, wyroby tytoniowe i narkotyki kształtowały się na poziomie 2%, a wydatki ponoszone na edukację stanowiły 1% kosztów gospodarstw domowych. Jednocześnie należy mieć na uwadze fakt, że w roku 2011 przeciętny miesięczny dochód rozporządzalny Małopolan był o 70 zł niższy, niż średnio w Polsce, a grupa osób potencjalnie narażonych na różnego rodzaju destrukcyjne zachowania w Małopolsce jest znaczna i uwarunkowana ogólnymi problemami gospodarczymi w Europie, a mianowicie: w Małopolsce odsetek osób w wieku do 25 lat w ogóle bezrobotnych w 2012 roku wynosił 24,6%, i był to najwyższy odsetek w Polsce natomiast osoby powyżej 50 roku życia stanowiły grupę o najniższym wskaźniku zatrudnienia według BAEL. Odsetek osób bezrobotnych w kategorii wiekowej powyżej 50 lat znajdujących się w rejestrach małopolskich PUP rósł od kilku lat i w 2012 roku osiągnął poziom 19,2%. Liczba osób powyżej 50 roku życia w rejestrach wzrosła o 17,3% (4,5 tys. osób). Dynamika wzrostu była ponad dwukrotnie wyższa niż w roku poprzednim. Porównując sytuację w Małopolsce do innych województw należy zauważyć, że wzrost ten był najwyższy w skali kraju⁵.

Jedną z traumatycznych konsekwencji zachowań destrukcyjnych związanych z nadużywaniem alkoholu jest rozwód. Rozwód, którego przyczyną jest uzależnienie jednego z małżonków świadczy o tym, że partner podjął decyzję o wyjściu ze związku i zakończeniu zmagania z uzależnieniem i jego konsekwencjami. Sytuacja ta jednak nie rozwiązuje w pełni problemu, a nawet generuje kolejne m.in. trudne relacje dzieci z uzależnionym, traumę wynikającą z rozwodu itd.

⁵ Małopolskie Obserwatorium Polityki Społecznej: *Kondycja małopolskiej rodziny*, Kraków, październik 2013, str. 4, 15, 16, 40.

Na przestrzeni analizowanego okresu nie zaobserwowano znaczących zmian w zakresie wzrostu czy spadków liczby rozwodów ogółem (wykres 2).

Wykres 2. Dane nt. liczby rozwodów w Małopolsce.



Źródło: Opracowanie Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych z Lokalnego Banku Danych GUS.

W 2012 roku najwięcej rozwodów stwierdzono wśród małżeństw bez dzieci oraz z 1 dzieckiem (tabela 9).

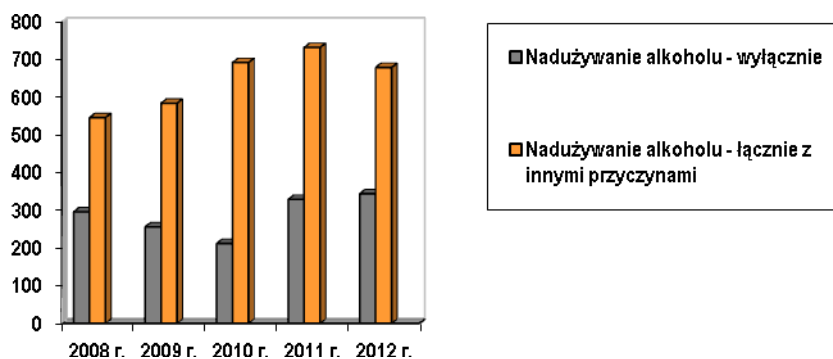
Tabela 8. Dane dotyczące liczby rozwodów w Małopolsce z podziałem na liczbę dzieci w rodzinie.

Rozwody ogółem	Małżeństwa bez dzieci	Małżeństwa z 1 dzieckiem	Małżeństwa z 2 dzieci	Małżeństwa z 3 dzieci	Małżeństwa z 4 dzieci i więcej
2012 rok					
4 817	2 018	1 833	786	151	29

Źródło: Lokalny Bank Danych GUS.

Spośród różnych przyczyn stwierdzonych sądownie rozwodów tj.: niezgodność charakterów, nadużywanie alkoholu, naganny stosunek do członków rodziny, trudności mieszkaniowe, nieporozumienia na tle finansowym, niedobór seksualny, niedochowanie wierności małżeńskiej, dłuższa nieobecność, różnice światopoglądowe, inne, najczęstszymi przyczynami stwierdzonych sądownie rozwodów łącznie z innymi przyczynami w 2012 roku były: niezgodność charakterów, nadużywanie alkoholu, naganny stosunek do członków rodziny oraz niedochowanie wierności małżeńskiej. Rozwód z powodu nadużywania alkoholu łącznie z innymi przyczynami stanowił 16,4% wszystkich rozwodów z wyżej wymienionych przyczyn (wykres 3).

Wykres 3. Rozwody w Małopolsce z przyczyny nadużywania alkoholu.



Źródło: Opracowanie Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM na podstawie danych z Lokalnego Banku Danych GUS.

Używanie substancji psychoaktywnych często wiąże się także z występowaniem przemocy w rodzinie, która w świetle polskiego prawa jest przestępstwem. Według danych z ankiet PARPA-G1 dotyczących profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych, w 2012 roku w województwie małopolskim, 12 gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych podjęło działania związane z zawiadomieniem prokuratury o popełnieniu przestępstwa znęcania się, 139 gmin prowadziło rozmowy z osobami nadużywającymi alkohol w związku ze stosowaniem przemocy w rodzinie, 88 gmin motywowało sprawców przemocy do udziału w programie korekcyjnym/terapii, a 101 gmin motywowało dorosłe ofiary przemocy do zgłaszania się do miejsc specjalistycznej przemocy.

Praktyka pracy specjalistów ze sprawcami i ofiarami przemocy domowej wskazuje na częste powiązanie występowania uzależnień w rodzinie, zwłaszcza od alkoholu, ze stosowaniem przemocy wobec dzieci.

Współzależnienie jest ceną, jaką płacą bliscy osoby uzależnionej od alkoholu. Raport z badań z 2009 roku „Bicie dzieci. Podstawy i doświadczenia dorosłych Polaków”⁶ wykazał, iż doświadczenia związane z przemocą w domu częściej mają osoby starsze oraz te, w których rodzinach nadużywano alkoholu.

Na obszarze Małopolski jest kilka grup zawodowych, które są szkolone w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie związanej z nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Są to pracownicy: oświaty (nauczyciele, wychowawcy, pedagodzy), ochrony zdrowia (psycholodzy, lekarze, pielęgniarki środowiskowe, położne), pomocy społecznej (pracownicy socjalni). Wymienione grupy zawodowe poprzez stały kontakt z dziećmi w szkole, wywiady środowiskowe, wizyty podopiecznych w ośrodkach pomocy społecznej czy wizyty domowe mają możliwość rozpoznania występowania przemocy w rodzinie i rozpocząć odpowiednie działania mające na celu zatrzymanie zjawiska przemocy.

⁶ dr Sajkowska M. Bicie dzieci. Podstawy i doświadczenia dorosłych Polaków, Raport z badań, Fundacja Dzieci Niczyje, 2009 r.

Wnioski i wskazówki, co do koniecznych dalszych działań:

1. Realizacja działań edukacyjnych wśród dzieci i młodzieży oraz podniesienie ich świadomości społecznej na temat zagrożeń, jakie za sobą niesie ryzykowne spożywanie alkoholu, z uwagi na obniżenie się wieku „picia” oraz coraz częstsze wykrywanie przypadków nietrzeźwości wśród osób nieletnich.
2. Kontynuacja działań profilaktycznych oraz edukacyjnych w stosunku do osób dorosłych z uwagi na fakt, iż spożywanie alkoholu jest najbardziej rozpowszechnionym zachowaniem ryzykownym.
3. Prowadzenie szkoleń oraz rozmów z właścicielami lokali, w których sprzedawany jest alkohol m.in. na temat ewentualnych konsekwencji czynów przeciwko ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.
4. Wspieranie działań na rzecz eliminowania kierowców prowadzących pod wpływem alkoholu, w tym prowadzenie zajęć psycho-korekcyjnych dla kierowców zatrzymanych za jazdę pod wpływem alkoholu.
5. Wspieranie działań profilaktycznych i pomocowych w zakresie występowania zjawiska przemocy w rodzinie osób uzależnionych, a także działań ukierunkowanych na zwalczanie występujących w rodzinie kryzysów psychiczno-moralnych.
6. Intensyfikowanie działań zmierzających do poprawy sytuacji małopolskiej rodziny poprzez stworzenie kompleksowej, spójnej oferty pomocy dzieciom i młodzieży (ośrodek, poradnia, poradnia rodzinna) i większej dostępności w powiatach specjalistycznej oferty dla dzieci i młodzieży.

IV. ZASOBY INSTYTUCJONALNE WOJEWÓDZTWA

4.1. Działalność publicznych zakładów opieki zdrowotnej w zakresie stacjonarnych oraz ambulatoryjnych placówek leczenia uzależnień w województwie małopolskim

Sposób organizacji oraz zadania placówek zajmujących się leczeniem osób uzależnionych od alkoholu reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi.

Zgodnie z jego zapisami, głównymi zadaniami podmiotów leczących osoby uzależnione od alkoholu i ich rodziny są:

- 1) działania diagnostyczne w zakresie diagnozy nozologicznej i problemowej;
- 2) programy korekcyjne dla osób spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie lub używających substancji psychoaktywnych oraz osób z zaburzeniami nawyków i popędów;
- 3) programy psychoterapii uzależnień;
- 4) programy psychoterapii zaburzeń funkcjonowania członków rodziny, które wynikają ze spożywania alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych przez osoby bliskie, zwane dalej „programami psychoterapii członków rodzin”;
- 5) indywidualne świadczenia zapobiegawczo-lecznicze dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin;
- 6) indywidualne świadczenia rehabilitacyjne dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin;
- 7) działania konsultacyjno-edukacyjne dla członków rodzin osób uzależnionych od alkoholu⁷.

W województwie małopolskim zadania te realizują placówki stacjonarne (całodobowe) oraz ambulatoryjne (oddziały dzienne i poradnie terapii uzależnień oraz poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia). Łącznie działają:

- a) 4 całodobowe oddziały terapii uzależnień (Kraków, Andrychów, Nowy Targ, Tarnów),
- b) 2 oddziały prywatne oferujące płatne leczenie (Grzechynia k. Makowa Podhalańskiego oraz Lipnica Wielka),
- c) 4 oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (Kraków, Andrychów, Nowy Targ, Gorlice),
- d) 13 oddziałów dziennych,
- e) 37 poradni terapii uzależnień,
- f) 10 poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia,
- g) 5 poradni terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży.

Niektóre podmioty lecznicze posiadają w swojej strukturze kilka placówek jednego typu (np. 2 poradnie) lub różnego typu (np. oddział dzienny i poradnia). W tym drugim przypadku mamy do czynienia z ośrodkami leczenia uzależnień. Ośrodki takie zwiększają kompleksowość oferty dla pacjentów, zapewniają bardziej intensywny program leczenia oraz możliwość jego kontynuowania w trybie pracy poradni, co wzmacnia i utrwala jego efekty. Problemem jest jednak niski poziom finansowania lecznictwa ambulatoryjnego, co powoduje

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi, Dz.U.2012 nr 0 poz.734.

ograniczanie zatrudnienia i oferty terapii dla pacjentów oraz odnotowuje się braki kadrowe wśród specjalistów, zwłaszcza w małych miejscowościach. W związku z tym dostęp do terapii dla osób mieszkających poza dużymi miastami jest ograniczony.

W województwie małopolskim, podobnie jak w innych województwach funkcjonuje **Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia**, który wykonuje poza leczniczymi, również inne zadania przypisane mu w wyżej wymienionym Rozporządzeniu. Zadania te dotyczą przede wszystkim prowadzenia działań na rzecz podnoszenia jakości świadczeń terapeutycznych, kształcenia kadry terapeutycznej, opiniowania planów w zakresie zdrowia publicznego, zbierania danych statystycznych z zakresu leczenia uzależnienia od alkoholu na terenie województwa.

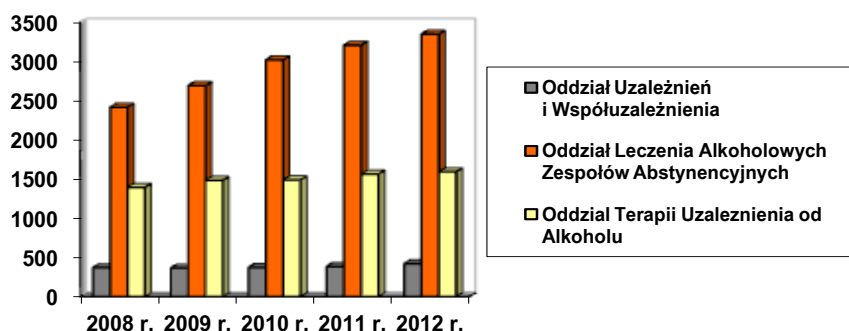
W województwie małopolskim prowadzone jest na szeroką skalę działanie na rzecz zwiększania liczby profesjonalnej kadry terapeutycznej przygotowanej do pracy z osobami uzależnionymi i członkami ich rodzin. W ramach Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia utworzono Małopolski Ośrodek Szkolenia Terapeutów Uzależnień, który we współpracy z Krakowskim Stowarzyszeniem Terapeutów Uzależnień prowadzi akredytowane szkolenia w procesie certyfikacji terapeutów uzależnień.

Tabela 9. Działalność publicznych zakładów opieki zdrowotnej w zakresie stacjonarnych oddziałów leczenia uzależnień w województwie małopolskim w 2012 roku.

Lp	Nazwa, adres zakładu	Oddział	Liczba łóżek stan na 31.12.2012	Leczeni w 2011 r.	Leczeni w 2012 r.	% obłożenie
1.	Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza w Tarnowie	Oddział Uzależnień i Współuzależnienia	62	384	422	89%
2.	Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu	Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych	15	435	466	87%
3.	Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu	Oddział Terapii Uzależnienia od Alkohol	31	238	237	103%
4.	Szpital Specjalistyczny im. dr J. Babińskiego w Krakowie	Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych	40	1 313	1 278	76%
5.	Szpital Specjalistyczny im. dr J. Babińskiego w Krakowie	Oddział Terapii Uzależnienia od Alkohol	60	568	586	93%
6.	Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie	Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych	30	900	982	96%
7.	Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Andrychowie	Oddział Terapii Uzależnienia od Alkohol	70	757	770	102%
8.	Szpital Specjalistyczny im. H. Klimontowicza w Gorlicach (działa od 07.2010 r.)	Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych	15	560	625	99%

Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Zdrowotnej – na podstawie danych z jednostek ochrony zdrowia.

Wykres 4. Liczba leczonych pacjentów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej w zakresie stacjonarnych oddziałów leczenia uzależnień w województwie małopolskim w latach 2008-2012.



Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Zdrowotnej UMWM na podstawie danych z jednostek ochrony zdrowia.

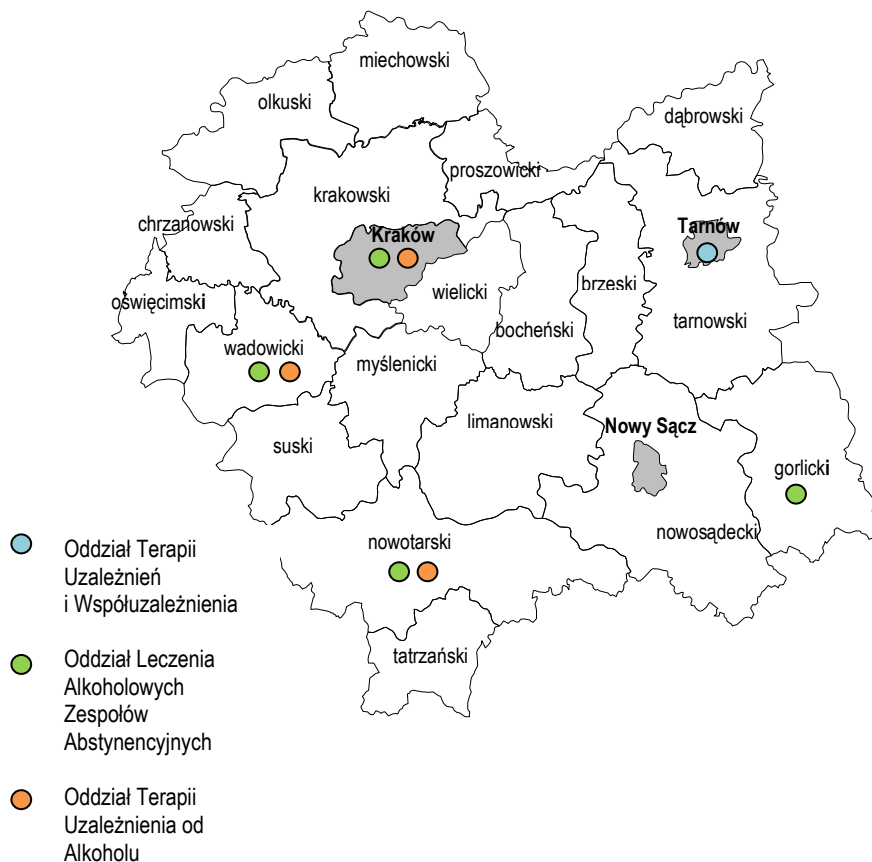
W roku 2012 zwiększyła się liczba osób leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu. W stosunku do roku ubiegłego tj. 2011 nastąpił wzrost liczby leczonych w:

- oddziale uzależnień i współuzależnień o 38 pacjentów (9,98%),
- oddziale leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych o 143 pacjentów (4,46%),
- oddziale terapii uzależnienia od alkoholu o 30 pacjentów (1,92%).

Na przestrzeni lat rozwija się baza lecznictwa stacjonarnego, jednak nadal czas oczekiwania na przyjęcie jest stosunkowo długi (np. ok. 7 miesięcy na oddział terapii uzależnienia od alkoholu w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Andrychowie) jednak jak wynika z obserwacji około 30% osób z kolejki oczekujących na miejsce zgłasza się na leczenie. Wnioskować zatem można, że osoby deklarujące chęć podjęcia leczenia mają niską rzeczywistą motywację.

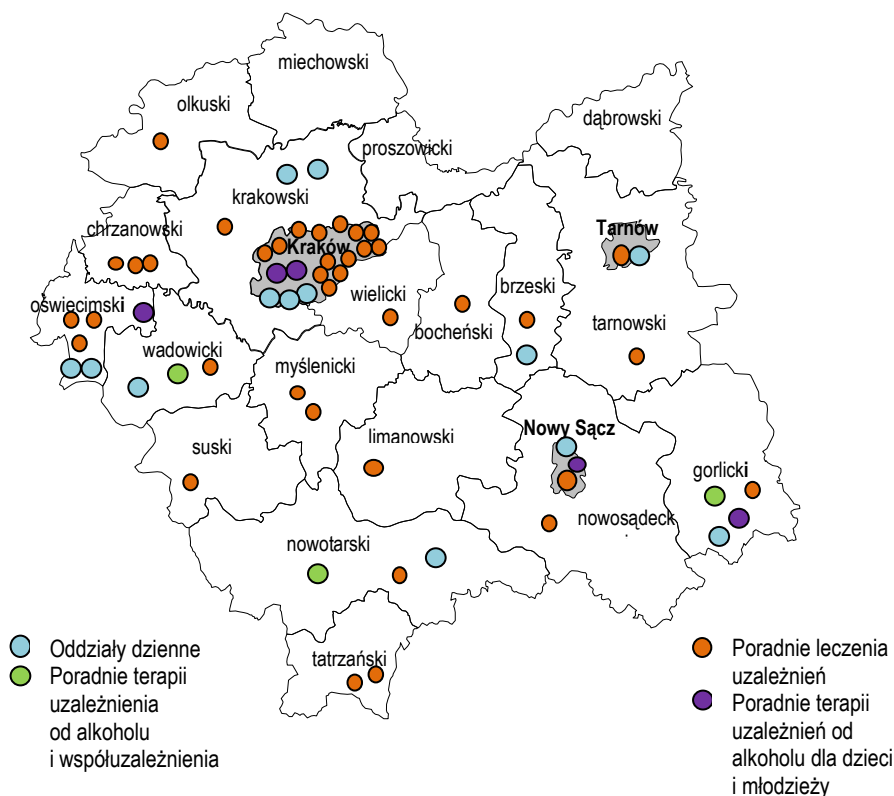
Placówki leczenia uzależnień rozmieszczone są na terenie województwa nierównomiernie, największa dostępność do leczenia występuje w Krakowie (mapa 1, mapa 2).

Mapa 1. Rozmieszczenie stacjonarnych oddziałów leczenia uzależnień w publicznych zakładach opieki zdrowotnej w Województwie Małopolskim w 2013 roku.



Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Zdrowotnej UMWM – na podstawie danych z Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia.

Mapa 2. Rozmieszczenie ambulatoryjnych placówek leczenia uzależnień w publicznych zakładach opieki zdrowotnej w Województwie Małopolskim w 2013 roku.



Źródło: Opracowanie własne Departamentu Zdrowia i Polityki Zdrowotnej UMWM – na podstawie danych z Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia.

Pozostałe zasoby instytucjonalne wspierające system leczenia uzależnień w Małopolsce to:

- Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego,
- Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia,
- Ekspert Wojewódzki ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii Województwa Małopolskiego,
- Komenda Wojewódzka Policji w Krakowie,
- Prokuratury Okręgowe i Prokuratury Rejonowe,
- Sądy,
- Wydział Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie,
- Kuratorium Oświaty w Krakowie,
- Małopolskie Centrum Doskonalenia Zawodowego Nauczycieli w Krakowie,
- Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie,
- Poradnie psychologiczno-pedagogiczne,
- Gminne Komisje Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
- Pełnomocnicy ds. Uzależnień powołani przez Wójtów, Burmistrzów, Prezydentów Miast z terenu Województwa Małopolskiego,
- Punkty konsultacyjne,
- Ośrodki Pomocy Społecznej,

- Domy Pomocy Społecznej dla osób uzależnionych,
- Świetlice socjoterapeutyczne, opiekuńczo-wychowawcze,
- Kluby Integracji Społecznej/Centra Integracji Społecznej,
- Ośrodki Interwencji Kryzysowej,
- Izby wytrzeźwień,
- Organizacje pozarządowe i pozostałe podmioty prowadzące działalność pożytku publicznego,
- Grupy samopomocowe (kluby abstynenta, anonimowi alkoholicy, inne),
- Duszpasterstwa trzeźwości,
- Służby więzienne.

Instytucją krajową, która jest Partnerem samorządu województwa w realizacji Programu jest **Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych**. Głównym celem działania Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych jest inicjowanie i doskonalenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych w Polsce oraz pomoc i współdziałanie z organizacjami pozarządowymi i administracją samorządową, ustawowo zobowiązaną do realizowania programów profilaktycznych i naprawczych w społecznościach lokalnych.

4.2. Profil osoby uzależnionej oraz przyczyny uzależnień

Zgłaszające się osoby do placówek leczenia odwykowego zmagają się często nie tylko z problemem samego uzależnienia, ale także z problemami współwystępującymi. Wielu pacjentów cierpi na przewlekłe choroby somatyczne tj. nadciśnienie tętnicze, chorobę wieńcową serca, cukrzycę, problemy neurologiczne, urologiczne etc. Kolejną kategorią pacjentów to osoby chorujące na choroby psychiczne lub mające zaburzenia osobowości. Niekiedy zdarza się, że osoba jest uzależniona od kilku substancji lub od substancji i zachowań. Stąd istotną kwestią jest podejście indywidualne, kompleksowe. Osoba ta często bywa sprawcą lub ofiarą przemocy.

Kolejne rozróżnienie można odnieść do płci osoby uzależnionej. Wciąż wiele uzależnionych kobiet nie zgłasza się po pomoc ze względu na duże poczucie wstydu. Często to właśnie kobiety uzależnione bywają ofiarami przemocy. Uzależnienie to problem nie tylko chorującej osoby, choroba ta dotyka także bliskich. U współmałżonków, partnerów obserwuje się często objawy współuzależnienia. W rodzinach na przemoc fizyczną i psychiczną narażone są szczególnie dzieci.

Dzieci z rodzin z problemem alkoholowym mają trudności w adaptacji w środowisku szkolnym, rówieśniczym, przeżywają mocno problemy dorosłych, od których są zależne. Stąd istotną sprawą jest współpraca międzyinstytucjonalna. Skutki problemów uzależnienia w rodzinie mogą dawać długotrwałe następstwa, przejawiające się np.: zaburzeniami nerwicowymi w dorosłym życiu dzieci z takich rodzin.

Uzależnienie od alkoholu to problem społeczny dotyczący szerokiej grupy osób. Tempo życia, niepewność co, do stałości rynku pracy, wciąż wysoki poziom bezrobocia, dodatkowo problem rozdzielania rodzin przez emigrację ekonomiczną, zadłużenie kredytowe, mogą przyczyniać się do zachowań związanych z poszukiwaniem ulgi, samokojenia w sposób subiektywnie skuteczny i szybki. Dla wielu osób będzie to sięganie po substancje psychoaktywne lub uciekanie do zachowań nałogowych. Istotną, zatem kwestią jest objęcie profilaktyką szerokiej grupy osób narażonych na rozwój uzależnienia oraz zwrócenie uwagi na

kompleksowość działań. Uzależnienie, bowiem jest chorobą dotyczącą nie tylko ciało, ale także mocno system wartości danej osoby, jej myślenia o sobie, własnej skuteczności oraz świecie i innych ludziach. Osoba uzależniona może przeżywać siebie nie, jako kogoś chorującego, lecz przez pryzmat łamania zasad moralnych. Stereotypowy obraz osób uzależnionych: bez pracy, rodziny, miejsca zamieszkania, zdegradowany społecznie powoduje, że osoby z problemem alkoholowym same wykluczają się z podejmowania działań zdrowotnych.

Z uwagi na powyższe osobom dotkniętym uzależnieniem trudno przyznać się do nałogu również przez wstyd oraz zgłosić do specjalistycznej placówki leczenia uzależnień. Diagnoza może być traktowana jako rodzaj naznaczenia, tymczasem sam problem staje się coraz bardziej widoczny. Innym czynnikiem związanym z trudnością podejmowania decyzji jest działanie mechanizmów uzależnienia, które pracują w służbie utrzymania dalszego spożywania substancji i podtrzymywania nałogowych zachowań. Niemniej pojawiają się momenty, gdy konsekwencje stają się tak wyraźne, że trudno jest już zaprzeczyć, że dzieje się coś złego. Często osoby zgłaszające się do poradni uzależnień czy do innych ośrodków, szukają potwierdzenia, że nie są jeszcze uzależnione. Jest to ważny moment, gdzie po diagnozie uzależnienia powinno rozpocząć się konkretne działanie motywujące do leczenia.

Uzależnienie jest chorobą przewlekłą, trwającą przez całe życie, charakteryzującą się nawrotami. Uzależnienie ma swój specyficzny przebieg i podobnie jak w większości chorób im wcześniejsze zgłoszenie się chorego do leczenia tym lepsze rokowanie co do leczenia i trwałości zmian, dlatego celem profilaktyki skierowanym dla osób dotkniętym uzależnieniem powinno być poszerzenie dostępności leczenia.

Wiele osób uzależnionych zamiast do placówek odwykowych zgłasza się do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub innych specjalności⁸.

Są różne poglądy na temat przyczyn uzależnienia. Istnieją teorie, według których podatność na uzależnienia uwarunkowana jest genetycznie, lub/i związana jest z właściwościami organizmu. W przypadku pierwszym nie mamy na nią bezpośrednio wpływu, a przypadek drugi (jeśli się potwierdzi) należy do medycyny.

Bezpośrednich przyczyn uzależnień jest wiele. Niemniej podstawowe źródła uzależnień w swej istocie sprowadzają się do przyczyn psychologicznych o etiologii społecznej. Podłożem uzależnień są często deficyty wynikające z niezaspokojonych w procesie socjalizacji podstawowych ludzkich potrzeb życiowych: bezpieczeństwa, przynależności, więzi, miłości, szacunku, sensu. W sytuacjach dotyczących wynikającego stąd bólu psychicznego osoba podejmuje zachowania uciezkowe (lub/i agresywne), do których należy używanie środków psychoaktywnych. Uzależnienia uważane są za mechanizm obronny. Najogólniej mówiąc: głównym źródłem uzależnień jest ucieczka od negatywnych uczuć, ucieczka przed cierpieniem.

Psychospołeczne przyczyny uzależnień:

1. Uzależnienia związane są z cierpieniem. Są sposobem ucieczki od bolesnych i nieakceptowanych uczuć związanych z deprivacją potrzeb i z niezadawalającym wizerunkiem „ja”.
2. Podatność na uzależnienia powstaje w dysfunkcyjnej rodzinie, która generuje uczucia jak wyżej.
3. Deprivacja potrzeb doświadczona w rodzinie pochodzenia powoduje dalsze trudności w ich pozytywnym zaspokajaniu. Wywołuje to chroniczne uczucie dojmującego dyskomfortu, braku, często potrzeby kompensacji. Stąd bardzo silny niekiedy (choć nie zawsze uświadamiany) niepokój i ból psychiczny, który tłumiony bywa przez oszukujące go zachowania lub/i chemiczne środki odurzające. Ponieważ działanie

⁸ tekst opracowany przez Dutcak-Czyżyk S. – specjalistę psychoterapii uzależnień, psychologa w Poradni Leczenia Uzależnień w Szpitalu Specjalistycznym im. L. Rydygiera sp. z o.o.

tych „środków przeciwbólowych” trwa przez czas krótki, powstaje potrzeba powtarzania i wzmacniania co prowadzi do uzależnień.

4. U młodzieży przyczyną uzależnień jest ponadto zagubienie wynikające z braku poczucia bezpieczeństwa, ugruntowania (poczucia przynależności) w rodzinie, miłości, sensu.
5. Potrzeba przynależności jest także powodem pozytywnych odpowiedzi na presję emocjonalną bądź fizyczną otoczenia.
6. Do podejmowania zachowań ucieczkowych, do jakich należą uzależnienia, przyczyniają się napięcia wywołane przez nierozwiązane problemy życiowe i przeciążające psychicznie życiowe okoliczności (np.: rozbieżność rodziny, rozwód rodziców, utrata pracy, wykluczenie).
7. Modelową przyczyną sięgania po środki psychoaktywne jest depresja, w obu jej odmianach. Jest ona w ogromnej ilości przypadków nierozpoznawana, choć według oficjalnych danych szerzy się w sposób nazwany epidemią.
8. Uzależnienie od alkoholu przekazywane jest także – jak inne patologie – przez tzw. transmisję wielopokoleniową (przekazywanie dysfunkcji z pokolenia na pokolenie).

Przyczyny jak wyżej, mogą wynikać z aktualnych przemian społecznych i cywilizacyjnych, czyli z:

1. Destrukcji więzi szeroko rodzinnych, sąsiedzkich, przyjacielskich i obecny styl życia – atomizującej rodzinę i społeczność – pozbawiającej ludzi naturalnego oparcia we własnym środowisku.
2. Braku społecznego systemu, łatwo dostępnego wsparcia dla osób znajdujących się w sytuacjach trudnych i kryzysowych⁹.

4.3. Forma opieki nad pacjentem z rozpoznaniem uzależnieniem od alkoholu

Nie każda osoba jest w stanie poradzić sobie z utrzymaniem abstynencji, dlatego tak ważna jest rola szybkiego skierowania do placówki leczenia stacjonarnego. Bardzo często potrzebna jest wcześniejsza detoksykacja. Działaniem takim zajmują się Oddziały Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (OLAZA) – całodobowe oddziały szpitalne, zajmujące się odtruciem. Detoksykacja nie jest leczeniem uzależnienia, jest niekiedy pierwszym etapem ratującym życie oraz motywującym do podjęcia psychoterapii. Personel oddziałów składa się z lekarzy specjalistów psychiatrii, specjalistów psychoterapii uzależnień, psychologów, pielęgniarek.

Całodobowe Oddziały Terapii Uzależnienia od Alkoholizmu – zajmują się leczeniem uzależnienia od alkoholu i uzależnień krzyżowych, coraz częściej niektóre z nich oferują program leczenia uzależnień niechemicznych. Podstawową metodą jest psychoterapia w formie grupowej i indywidualnej. W zespole oddziału pracują specjaliści psychoterapii uzależnień, instruktorzy terapii uzależnień, lekarze specjaliści psychiatry, psycholodzy, pielęgniarki. Terapia trwa od 7-8 tygodni. W ramach oddziału realizowany jest podstawowy program terapii, który wymaga kontynuowania.

Dla osób potrzebujących silnego wsparcia, ale radzącego sobie nieco lepiej z abstynencją zalecany jest oddział dzienny. Dzielne oddziały leczenia uzależnień od alkoholu – pacjenci przebywają w nim od 7-8 godzin dziennie przez okres 7-8 tygodni. Oferują one terapię grupową i indywidualną, a personel stanowią: specjaliści psychoterapii uzależnień, instruktorzy terapii uzależnień, lekarze specjaliści (psychiatry, psycholodzy). Osoby mogące utrzymać abstynencję oraz po leczeniu w ośrodkach dziennych i stacjonarnych powinny

⁹ Tekst o przyczynach uzależnień opracowany przez Fundację Pro Bono z siedzibą przy ul. Grodzka 33, 31-001 Kraków.

kontynuować leczenie w poradniach uzależnień.

Poradnie Leczenia Uzależnień od Alkoholu – mają najszerszy zakres: prowadzą wieloetapowy program leczenia, obejmujący m.in. psychoedukację, motywowanie do wprowadzania i utrzymywania zmian, zapobiegania nawrotom choroby, prace nad rozwijaniem umiejętności rozwiązywania trudności pojawiających się w trzeźwym życiu. Poradnie oferują także pomoc i leczenie członkom rodzin osób uzależnionych (osobom współuzależnionym oraz z syndromem DDA).¹⁰

Wnioski

1. Wzmacnianie współpracy pomiędzy różnymi placówkami leczenia uzależnień w celu lepszego zabezpieczenia ciągłości terapii pacjentów zwłaszcza tych kończących leczenie w ośrodkach całodobowych (kontynuacja leczenia w poradniach).
2. Wzmacnianie oraz rozwój lecznictwa ambulatoryjnego poza Krakowem w szczególności w powiatach: miechowskim, dąbrowskim i proszowickim, w których brak jest placówek leczenia uzależnień.
3. Rozwój placówek lecznictwa ambulatoryjnego i stacjonarnego dla dzieci i młodzieży (w tym z FAS) w powiatach województwa.
4. Rozwój placówek stacjonarnych dla podwójnych diagnoz oraz innych współwystępujących dysfunkcji.
5. Rozwój ambulatoryjnej oferty terapeutycznej, zwłaszcza w programach zaawansowanych oraz dla par i rodzin.
6. Kształcenie kadry dla placówek leczniczych, szczególnie z małych miejscowości. Niski poziom finansowania lecznictwa ambulatoryjnego, powoduje ograniczanie zatrudnienia i oferty terapii dla pacjentów. W dalszym ciągu brakuje kadry specjalistów, zwłaszcza w małych miejscowościach. W związku z tym dostęp do terapii dla osób mieszkających poza dużymi miastami jest ograniczony.
7. Organizacja szkoleń o tematyce rozpoznania i postępowania z uzależnionymi skierowanych do lekarzy, w tym podstawowej opieki zdrowotnej i innych pracowników służby zdrowia z uwagi na fakt, iż wiele osób uzależnionych zamiast do placówek odwykowych zgłasza się do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub innych specjalności.
8. Organizacja szkoleń personelu terapeutycznego oraz organizowanie superwizji zespołów terapeutycznych, gdyż praca z osobami uzależnionymi oraz dotkniętymi uzależnieniem w inny sposób wymaga odpowiedniego przygotowania merytorycznego oraz umiejętności psychologicznych jak np.: radzenia sobie ze stresem, kontenerowaniem emocji pacjenta, cierpliwości, empatii.
9. Część osób spełniających kryteria uzależnienia od alkoholu lub kryteria picia ryzykownego nie podejmuje leczenia z uwagi na brak akceptacji dla konieczności utrzymania całkowitej abstynencji i/lub uczestnictwa w psychoterapii. Istotnym jest stworzenie oferty leczniczej dla tych osób w oparciu o ich oczekiwania i dostępne środki farmakologiczne o udowodnionym działaniu w zakresie redukcji głodu alkoholu, redukcji ilości przyjmowanego alkoholu bądź wydłużaniu okresu remisji objawów choroby alkoholowej. Oferta ta, powinna być dostępna w każdej poradni leczenia uzależnień i stanowić wariant leczniczy placówki¹¹.

¹⁰ tekst opracowany przez Dutczak-Czyżyk S. – specjalistę psychoterapii uzależnień, psychologa w Poradni Leczenia Uzależnień w Szpitalu Specjalistycznym im. L. Rydygiera sp. z o.o.

¹¹ tekst opracowany przez Łabuza K. – kierownika Poradni Leczenia Uzależnień specjalistę psychiatrii, w Szpitalu Specjalistycznym im. L. Rydygiera sp. z o.o.

V. ZAŁOŻENIA MAŁOPOLSKIEGO PROGRAMU PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH (MPPRPA) NA LATA 2014-2020

CEL GŁÓWNY: WZMACNIANIE DZIAŁAŃ KSZTAŁTUJĄCYCH PROZDROWOTNY STYL ŻYCIA ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM REDUKCJI SZKÓD O CHARAKTERZE RODZINNYM, SPOŁECZNYM I ZDROWOTNYM ZWIĄZANYCH ZE SPOŻYWIANIEM ALKOHOLU		
CELE OPERACYJNE		
1	2	3
WSPIERANIE DZIAŁAŃ PROFILAKTYCZNYCH ORAZ EDUKACYJNYCH WŚRÓD DZIECI, MŁODZIEŻY I DOROSŁYCH W OBSZARZE PROBLEMATYKI ALKOHOLOWEJ	ROZWÓJ SYSTEMU POMOCY OSOBOM UZALEŻNIONYM OD ALKOHOLU, W TYM OD UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH	ROZWÓJ ORAZ WZMACNIANIE WSPÓŁPRACY Z INSTYTUCJAMI ORAZ OSOBAMI DZIAŁAJĄCYMI NA RZECZ ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH I UZALEŻNIEŃ, W TYM BEHAWIORALNYCH
ZADANIA		
1.1. Wspieranie działalności organizacji pozarządowych i innych podmiotów w obszarze profilaktyki alkoholowej, problemowej, rodzinnej oraz na rzecz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu.	2.1. Wspieranie rozwoju oferty programów pomocy psychologicznej, terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu, w tym z podwójną diagnozą lub z innymi dysfunkcjami, współuzależnionych, DDA, ofiar przemocy, rodzin w kryzysie oraz innych uzależnień behawioralnych w placówkach odwykowych, zakładach karnych.	3.1. Organizowanie/współorganizowanie narad, szkoleń i konferencji w celu wymiany doświadczeń, promowania dobrych praktyk oraz podjęcia wspólnych działań na rzecz profilaktyki uzależnień.
1.2. Inicjowanie różnych form profilaktyki zintegrowanej jak i równieź opartej na działaniach liderów młodzieżowych.	2.2. Rozwój systemu kształcenia zawodowego oraz podnoszenia kwalifikacji pracowników lecznictwa odwykowego oraz instytucji z obszaru rozwiązywania problemów społecznych i uzależnień.	3.2. Organizowanie/współorganizowanie forum organizacji pozarządowych działających w obszarze profilaktyki i leczenia uzależnień.
1.3. Zwiększenie dostępności i skuteczności form działania placówek wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży.	2.3. Rozwój placówek leczenia uzależnień od alkoholu, stacjonarnych i ambulatoryjnych dla osób uzależnionych, współuzależnionych, DDA, w tym z podwójną diagnozą lub współwystępującymi innymi dysfunkcjami.	3.3. Wspieranie WOTUW w realizacji zadań statutowych - zarządzanie i koordynacja Programu.
1.4. Prowadzenie oraz wspieranie profesjonalnych szkoleń i kampanii edukacyjnych skierowanych do różnych grup społecznych z obszaru problematyki alkoholowej oraz przeciwdziałania przemocy domowej.	2.4. Rozwój placówek leczenia uzależnień od alkoholu, stacjonarnych i ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży.	3.4. Wspieranie działalności punktów konsultacyjnych, środowisk samopomocowych, abstynenckich oraz duszpasterstw trzeźwości.
1.5. Diagnozowanie problemów i zjawisk społecznych istotnych w obszarze problematyki alkoholowej.	2.5. Wspieranie oraz rozwój lecznictwa oraz pomocy dla dzieci i młodzieży z FAS i ich rodzin.	3.5. Wspieranie i udzielanie pomocy samorządom gminnym w realizacji zadań w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.
1.6. Opracowywanie i upowszechnianie materiałów informacyjno - edukacyjnych z obszaru problematyki alkoholowej.	2.6. Udzielanie wsparcia w zakresie rehabilitacji, postrehabilitacji oraz readaptacji społeczno-zawodowej osobom uzależnionym oraz współuzależnionym w trakcie jak i po zakończeniu leczenia odwykowego.	3.6. Wspieranie samorządów powiatowych w realizacji zadań z obszaru promocji zdrowia i profilaktyki uzależnień.
1.7. Współpraca z mediami w zakresie upowszechnienia wiedzy nt. alkoholizmu, związanych z nim problemów oraz dostępnych form pomocy.		3.7. Opracowywanie i dystrybucja materiałów edukacyjnych dla osób zajmujących się profilaktyką uzależnień, w tym behawioralnych.

CEL GŁÓWNY: WZMACNIANIE DZIAŁAŃ KSZTAŁTUJĄCYCH PROZDROWOTNY STYL ŻYCIA ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM REDUKCJI SZKÓD O CHARAKTERZE RODZINNYM, SPOŁECZNYM I ZDROWOTNYM ZWIĄZANYCH ZE SPOŻYWIANIEM ALKOHOLU

CELE OPERACYJNE

1	2	3
WSPIERANIE DZIAŁAŃ PROFILAKTYCZNYCH ORAZ EDUKACYJNYCH WŚRÓD DZIECI, MŁODZIEŻY I DOROSŁYCH W OBSZARZE PROBLEMATYKI ALKOHOLOWEJ	ROZWÓJ SYSTEMU POMOCY OSOBOM UZALEŻNIONYM OD ALKOHOLU, W TYM OD UZALEŻNIEŃ BEHAWIORALNYCH	ROZWÓJ ORAZ WZMACNIANIE WSPÓŁPRACY Z INSTYTUCJAMI ORAZ OSOBAMI DZIAŁAJĄCYMI NA RZECZ ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH I UZALEŻNIEŃ, W TYM BEHAWIORALNYCH
ZADANIA		
1.8. Monitorowanie i zwiększenie skuteczności egzekwowania prawa w zakresie zakazu sprzedaży napojów alkoholowych osobom niepełnoletnim.		3.8. Rozwijanie i inicjowanie współpracy regionalnej, krajowej i międzynarodowej – upowszechnianie dobrych praktyk
		3.9. Prowadzenie i rozwijanie strony internetowej województwa małopolskiego dotyczącej profilaktyki, w tym umieszczanie banku rekomendowanych programów w obszarze uzależnień.

VI. FINANSOWANIE, ZARZĄDZANIE I MONITOROWANIE PROGRAMU

Finansowanie

Środki finansowe przekazane na realizację „Małopolskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2014-2020” uchwała corocznie Sejmik Województwa Małopolskiego w uchwale budżetowej. Podstawowym źródłem finansowania zadań Programu zaplanowanych dla Województwa Małopolskiego są opłaty pobierane za wydawanie zezwoleń na obrót hurtowy napojami alkoholowymi o zawartości do 18% alkoholu wydawane przez Marszałka Województwa zgodnie z art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 26 października 1982r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tj. Dz. U. z 2012 r. poz. 1356 z późn. zm.).

Odrębne źródło finansowania zadań Programu mogą stanowić środki z funduszy UE oraz środki z budżetu Województwa Małopolskiego. Zadania „Małopolskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2014-2020” będą finansowane także przez pozostałe instytucje odpowiedzialne za obszar uzależnień na terenie województwa wskazane jako realizatorzy programu.

Zarządzanie i monitorowanie

W celu osiągnięcia celów operacyjnych Programu i sprawdzenia czy zakładane zadania są realizowane, prowadzony będzie bieżący monitoring Programu poprzez zobowiązanie realizatorów oraz partnerów programu do corocznego sprawozdania Województwu informacji na temat zrealizowanych wskaźników. Osiągnięcie założonych w Programie celów operacyjnych wymagać będzie, zatem współdziałania licznych realizatorów oraz partnerów.

Zarząd Województwa odpowiada za koordynację przygotowanie i realizację programu, udziela pomocy merytorycznej instytucjom i osobom fizycznym realizującym zadania objęte tym programem oraz współdziała z innymi organami administracji publicznej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych.

Zarząd Województwa Małopolskiego będzie realizować zadania poprzez Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego. Instytucją wspierającą jest Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależnienia wchodzący w skład Szpitala Specjalistycznego im. dr Józefa Babińskiego w Krakowie.

Organem opiniodawczo-doradczym w zakresie monitorowania i koordynowania realizacji poszczególnych celów operacyjnych Programu jest Małopolska Rada ds. Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Poniżej przedstawiono zestawienia celów operacyjnych, wraz ze wskaźnikami oraz realizatorami Małopolskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2014-2020, którzy będą sprawozdawać corocznie informację na temat zrealizowanych wskaźników.

CEL NADRZĘDNY		
WZMACNIANIE DZIAŁAŃ KSZTAŁTUJĄCYCH PROZDROWOTNY STYL ŻYCIA ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM REDUKCJI SZKÓD O CHARAKTERZE RODZINNYM, SPOŁECZNYM I ZDROWOTNYM, ZWIĄZANYCH Z UŻYCIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH		
CEL OPERACYJNY 1		
WSPIERANIE DZIAŁAŃ PROFILAKTYCZNYCH ORAZ EDUKACYJNYCH WŚRÓD DZIECI, MŁODZIEŻY I DOROSŁYCH W OBSZARZE PROBLEMATYKI ALKOHOLOWEJ		
Zadania	Wskaźniki	Realizatorzy
1.1. Wspieranie działalności organizacji pozarządowych i innych podmiotów w obszarze profilaktyki alkoholowej, problemowej, rodzinnej oraz na rzecz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu.	<ol style="list-style-type: none"> Liczba organizacji pozarządowych działających w obszarze profilaktyki alkoholowej, problemowej, rodzinnej oraz na rzecz przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu. Liczba projektów realizowanych w ramach konkursów grantowych. Liczba pozostałych projektów realizowanych przy współpracy z organizacjami pozarządowymi. Wysokość nakładów finansowych przeznaczonych na projekty realizowane przez organizacje pozarządowe. Liczba podpisanych umów oraz deklaracji dotyczących współpracy jednostek samorządów terytorialnego z organizacjami pozarządowymi. Liczba osób objętych zadaniami. 	Samorząd województwa, samorzady gminne oraz powiatowe, organizacje pozarządowe.
1.2. Inicjowanie różnych form profilaktyki zintegrowanej jak i rówieśniczej opartej na działaniach liderów młodzieżowych.	<ol style="list-style-type: none"> Liczba projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe w ramach konkursów grantowych. Liczba pozostałych zrealizowanych projektów / działań. Liczba zorganizowanych wydarzeń/warsztatów/ szkoleń /spotkań itp. Liczba przeszkolonych osób. Liczba osób objętych zadaniami. 	Samorząd województwa, samorzady gminne oraz powiatowe, organizacje pozarządowe, Kuratorium Oświaty.
1.3. Zwiększenie dostępności i skuteczności form działania placówek wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży.	<ol style="list-style-type: none"> Liczba placówek wsparcia dziennego w formie opiekuńczej. Liczba placówek wsparcia dziennego w formie specjalistycznej. Liczba placówek wsparcia dziennego w formie pracy podwórkowej. Liczba szkoleń/warsztatów/konferencji dla wychowawców placówek wsparcia dziennego. Liczba dzieci i młodzieży korzystających z oferty placówek wsparcia dziennego. 	Samorząd województwa, samorzady gminne oraz powiatowe, organizacje pozarządowe.
1.4. Prowadzenie oraz wspieranie profesjonalnych szkoleń i kampanii edukacyjnych skierowanych do różnych grup społecznych z obszaru problematyki alkoholowej oraz przeciwdziałania przemocy domowej.	<ol style="list-style-type: none"> Liczba zorganizowanych/wspieranych szkoleń oraz kampanii. Liczba przeszkolonych osób. Liczba rozdyskrebowanych materiałów. Liczba informacji w środkach masowego przekazu. 	Samorząd województwa, samorzady gminne oraz powiatowe, organizacje pozarządowe, ROPS, Kuratorium Oświaty, Wydział Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie.
1.5. Diagnozowanie problemów i zjawisk społecznych istotnych w obszarze problematyki alkoholowej.	<ol style="list-style-type: none"> Liczba zrealizowanych lokalnych diagnoz. Liczba opracowanych analiz /raportów. 	Samorząd województwa, samorzady gminne oraz powiatowe, ROPS.
1.6. Opracowywanie i upowszechnianie materiałów informacyjno - edukacyjnych z obszaru problematyki alkoholowej.	<ol style="list-style-type: none"> Liczba opracowanych materiałów. Liczba rozdyskrebowanych materiałów. Lista podmiotów otrzymujących materiały. 	Samorząd województwa, samorzady gminne oraz powiatowe, organizacje pozarządowe.

CEL NADRZĘDNY		
WZMACNIANIE DZIAŁAŃ KSZTAŁTUJĄCYCH PROZDROWOTNY STYL ŻYCIA ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM REDUKCJI SZKÓD O CHARAKTERZE RODZINNYM, SPOŁECZNYM I ZDROWOTNYM, ZWIĄZANYCH Z UŻYCIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH		
CEL OPERACYJNY 1		
WSPIERANIE DZIAŁAŃ PROFILAKTYCZNYCH ORAZ EDUKACYJNYCH WŚRÓD DZIECI, MŁODZIEŻY I DOROSŁYCH W OBSZARZE PROBLEMATYKI ALKOHOLOWEJ		
Zadania	Wskaźniki	Realizatorzy
1.7. Współpraca z mediami w zakresie upowszechnienia wiedzy nt. alkoholizmu, związanych z nim problemów oraz dostępnych form pomocy.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba zrealizowanych projektów przy współudziale mediów. 2. Wykaz mediów, z którymi nawiązano współpracę. 	Samorząd województwa, samorządy gminne oraz powiatowe, placówki leczenia uzależnień.
1.8. Monitorowanie i zwiększenie skuteczności egzekwowania prawa w zakresie zakazu sprzedaży napojów alkoholowych osobom niepełnoletnim.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba gmin prowadzących monitoring. 2. Liczba gmin prowadzących kontrole punktów sprzedaży. 3. Liczba przeprowadzonych szkoleń sprzedawców napojów alkoholowych przez gminę. 4. Liczba uczestników szkoleń. 5. Liczba odebranych koncesji oraz uchylonych zezwoleń. 	Samorządy gminne, Policja.

CEL NADRZĘDNY		
WZMACNIANIE DZIAŁAŃ KSZTAŁTUJĄCYCH PROZDROWOTNY STYL ŻYCIA ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM REDUKCJI SZKÓD O CHARAKTERZE RODZINNYM, SPOŁECZNYM I ZDROWOTNYM, ZWIĄZANYCH Z UŻYCIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH		
CEL OPERACYJNY 2		
ROZWÓJ SYSTEMU POMOCY OSOBOM UZALEŻNIONYM OD ALKOHOLU, W TYM OD UZALEŻNIEŃ BEHAVIORALNYCH		
Zadania	Wskaźniki	Realizatorzy
2.1. Wspieranie rozwoju oferty programów pomocy psychologicznej, terapeutycznej, rehabilitacyjnej i psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu, w tym z podwójną diagnozą lub z innymi dysfunkcjami, współuzależnionych, DDA, ofiar przemocy oraz innych uzależnień behawioralnych w placówkach odwykowych, zakładach karnych.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba wspieranych programów dla pacjentów w placówkach terapii uzależnień, na oddziałach terapeutycznych oraz w zakładach karnych. 2. Liczba uczestników programów. 3. Nakłady finansowe przeznaczone na wspieranie wszystkich programów pomocowych, w tym redukcji szkód. 4. Liczba organizowanych konkursów dla podmiotów leczniczych na prowadzenie dodatkowych programów terapeutycznych. 	Podmioty świadczące działalność leczniczą, WOTUW, placówki leczenia uzależnień, samorząd województwa, samorządy gminne i powiatowe.
2.2. Rozwój systemu kształcenia zawodowego oraz podnoszenia kwalifikacji pracowników lecznictwa odwykowego oraz instytucji z obszaru rozwiązywania problemów społecznych i uzależnień.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba zorganizowanych szkoleń, seminariów i konferencji dla pracowników lecznictwa odwykowego / terapeutów. 2. Liczba przeszkolonych osób. 3. Liczba opracowanych materiałów edukacyjnych, publikacji itp. 4. Liczba uczestników staży i praktyk. 5. Liczba szkoleń w ramach programu certyfikacji terapeutów uzależnień, organizowanych przez MOSTU. 6. Liczba uczestników szkoleń w ramach programu certyfikacji terapeutów uzależnień, organizowanych przez MOSTU. 	WOTUW, placówki leczenia uzależnień, samorząd województwa, samorządy gminne i powiatowe.

CEL NADRZĘDNY**WZMACNIANIE DZIAŁAŃ KSZTAŁTUJĄCYCH PROZDROWOTNY STYL ŻYCIA ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM REDUKCJI SZKÓD O CHARAKTERZE RODZINNYM, SPOŁECZNYM I ZDROWOTNYM, ZWIĄZANYCH Z UŻYCIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH****CEL OPERACYJNY 2****ROZWÓJ SYSTEMU POMOCY OSOBOM UZALEŻNIONYM OD ALKOHOLU, W TYM OD UZALEŻNIEŃ BEHAVIORALNYCH**

Zadania	Wskaźniki	Realizatorzy
2.3. Rozwój placówek leczenia uzależnień od alkoholu, stacjonarnych i ambulatoryjnych dla osób uzależnionych, współuzależnionych, DDA, w tym z podwójną diagnozą lub współwystępującymi innymi dysfunkcjami.	<ol style="list-style-type: none">1. Liczba placówek stacjonarnych leczenia uzależnień.2. Liczba placówek ambulatoryjnych.3. Utworzenie placówek leczenia stacjonarnego dla osób z podwójną diagnozą.4. Powstanie placówek stacjonarnych dla osób uzależnionych ze współwystępującymi innymi dysfunkcjami.5. Liczba przeprowadzonych konsultacji i superwizji placówek odwykowych.6. Liczba zatrudnionych w placówkach specjalistów psychoterapii uzależnień, psychiatrów i psychologów.7. Nakłady finansowe przeznaczone na zapewnienie odpowiednich warunków lokalowych dla podmiotów wykonujących świadczenia ambulatoryjne.8. Nakłady finansowe przeznaczone na rozwój placówek leczenia uzależnień.9. Nakłady finansowe poniesione na remont i wyposażenie placówek leczenia uzależnień.	Podmioty świadczące działalność leczniczą, WOTUW, placówki leczenia uzależnień, samorząd województwa, samorządy gminne i powiatowe.
2.4. Rozwój placówek leczenia uzależnień od alkoholu, stacjonarnych i ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży.	<ol style="list-style-type: none">1. Liczba stacjonarnych placówek leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży.2. Liczba ambulatoryjnych placówek leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży.3. Nakłady finansowe przeznaczone na rozwój placówek leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży.4. Nakłady finansowe poniesione na remont placówek leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży.5. Liczba przeprowadzonych konsultacji i superwizji placówek uzależnień dla dzieci i młodzieży.	Podmioty świadczące działalność leczniczą, WOTUW, placówki leczenia uzależnień, samorząd województwa, samorządy gminne i powiatowe.
2.5. Wspieranie oraz rozwój lecznictwa oraz pomocy dla dzieci i młodzieży z FAS i ich rodzin.	<ol style="list-style-type: none">1. Liczba poradni leczących dzieci z FAS.2. Liczba poradni psychologiczno pedagogicznych.3. Liczba placówek leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży z FAS.4. Nakłady finansowe poniesione na pomoc dla dzieci z FAS i ich rodzin.5. Liczba szkoleń dla profesjonalistów w zakresie pomocy dzieciom z FAS.6. Liczba uczestników szkoleń w zakresie pomocy dzieciom z FAS.	Podmioty świadczące działalność leczniczą, placówki leczenia uzależnień, WOTUW, samorząd województwa, samorządy gminne i powiatowe.

CEL NADRZĘDNY		
WZMACNIANIE DZIAŁAŃ KSZTAŁTUJĄCYCH PROZDROWOTNY STYL ŻYCIA ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM REDUKCJI SZKÓD O CHARAKTERZE RODZINNYM, SPOŁECZNYM I ZDROWOTNYM, ZWIĄZANYCH Z UŻYCIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH		
CEL OPERACYJNY 2		
ROZWÓJ SYSTEMU POMOCY OSOBOM UZALEŻNIONYM OD ALKOHOLU, W TYM OD UZALEŻNIEŃ BEHAVIORALNYCH		
Zadania	Wskaźniki	Realizatorzy
2.6. Udzielanie wsparcia w zakresie rehabilitacji, postrehabilitacji oraz readaptacji społeczno-zawodowej osobom uzależnionym oraz współuzależnionym w trakcie jak i po zakończeniu leczenia odwykowego.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba wspieranych hosteli i mieszkań chronionych dla osób uzależnionych po zakończonym leczeniu odwykowym. 2. Utworzenie hostelu dla osób uzależnionych od alkoholu. 3. Liczba działań na rzecz readaptacji społecznej, w tym zawodowej osób po zakończonym leczeniu odwykowym. 4. Liczba wspieranych programów terapii rehabilitacyjnej /postrehabilitacyjnej. 5. Nakłady finansowe przeznaczone na powyższą readaptację osób po zakończonym leczeniu odwykowym. 	Podmioty świadczące działalność leczniczą, organizacje pozarządowe, WOTUW, placówki leczenia uzależnień, samorząd województwa, samorządy gminne i powiatowe.

CEL NADRZĘDNY		
WZMACNIANIE DZIAŁAŃ KSZTAŁTUJĄCYCH PROZDROWOTNY STYL ŻYCIA ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM REDUKCJI SZKÓD O CHARAKTERZE RODZINNYM, SPOŁECZNYM I ZDROWOTNYM, ZWIĄZANYCH Z UŻYCIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH		
CEL OPERACYJNY 3		
ROZWÓJ ORAZ WZMACNIANIE WSPÓŁPRACY Z INSTYTUCJAMI ORAZ OSOBAMI DZIAŁAJĄCYMI NA RZECZ ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH I UZALEŻNIEŃ, W TYM BEHAVIORALNYCH		
Zadania	Wskaźniki	Realizatorzy
3.1. Organizowanie porad, szkoleń i konferencji w celu wymiany doświadczeń, promowania dobrych praktyk oraz podjęcia wspólnych działań na rzecz profilaktyki i leczenia uzależnień.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba zorganizowanych/ współorganizowanych <ol style="list-style-type: none"> a. Porad b. Szkoleń c. Konferencji d. Imprez. 2. Liczba uczestników: <ol style="list-style-type: none"> a. Porad b. Szkoleń c. Konferencji d. Imprez. 3. Nakłady finansowe przeznaczone na organizację/współorganizację porad/szkoleń/ konferencji. 4. Wykaz tematów realizowanych podczas porad/szkoleń/konferencji/impres. 	Samorząd województwa, WOTUW, placówki leczenia uzależnień, samorząd województwa, samorządy gminne i powiatowe, Miejskie Centrum Profilaktyki Uzależnień, organizacje pozarządowe, Policja, Kuratorium Oświaty.
3.2. Organizowanie/współorganizowanie forum organizacji pozarządowych działających w obszarze profilaktyki i leczenia uzależnień.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba zorganizowanych spotkań. 2. Liczba uczestników spotkań. 	Samorząd województwa, samorządy gminne i powiatowe, organizacje pozarządowe, podmioty lecznicze.
3.3. Wspieranie WOTUW w realizacji zadań statutowych - zarządzanie i koordynacja Programu.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nakłady finansowe przeznaczone na koordynację i realizację Programu przez Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia (WOTUW). 2. Wykaz instytucji współkoordynujących program. 	Samorząd województwa.

CEL NADRZĘDNY		
WZMACNIANIE DZIAŁAŃ KSZTAŁTUJĄCYCH PROZDROWOTNY STYL ŻYCIA ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM REDUKCJI SZKÓD O CHARAKTERZE RODZINNYM, SPOŁECZNYM I ZDROWOTNYM, ZWIĄZANYCH Z UŻYCIEM SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH		
CEL OPERACYJNY 3		
ROZWÓJ ORAZ WZMACNIANIE WSPÓŁPRACY Z INSTYTUCJAMI ORAZ OSOBAMI DZIAŁAJĄCYMI NA RZECZ ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW SPOŁECZNYCH I UZALEŻNIEŃ, W TYM BEHAVIORALNYCH		
Zadania	Wskaźniki	Realizatorzy
3.4. Wspieranie działalności punktów konsultacyjnych, środowisk samopomocowych, abstynenckich oraz duszpasterstw trzeźwości.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba punktów konsultacyjnych. 2. Liczba wspieranych projektów realizowanych przez środowiska samopomocowe, abstynenckie oraz duszpasterstwa trzeźwości. 3. Liczba organizacji samopomocowych oraz abstynenckich. 	Samorząd województwa, samorządy gminne i powiatowe, WOTUW, placówki leczenia uzależnień, organizacje pozarządowe.
3.5. Wspieranie i udzielanie pomocy samorządom gminnym w realizacji zadań w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba szkoleń /konferencji /narad dla pełnomocników gminnych ds. uzależnień, GKRPA/pracowników punktów konsultacyjnych. 2. Liczba uczestników biorących udział w szkoleniu. 3. Nakłady finansowe przeznaczone na realizację szkoleń /konferencji /narad. 	Samorząd województwa, samorządy gminne i powiatowe.
3.6. Wspieranie samorządów powiatowych w realizacji zadań z obszaru promocji zdrowia i profilaktyki uzależnień.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba realizowanych projektów w obszarze uzależnień. 2. Liczba odbiorców projektów. 3. Nakłady finansowe przeznaczone na realizację projektów. 	Samorząd województwa, samorządy gminne i powiatowe.
3.7. Opracowywanie i dystrybucja materiałów edukacyjnych dla osób zajmujących się profilaktyką uzależnień, w tym behawioralnych.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba opracowanych materiałów edukacyjnych. 2. Liczba rozdostybuowanych materiałów. 3. Lista podmiotów otrzymujących materiały. 	Samorząd województwa, samorządy gminne i powiatowe, WOTUW, placówki leczenia uzależnień, organizacje pozarządowe.
3.8. Rozwijanie i inicjowanie współpracy regionalnej, krajowej i międzynarodowej – upowszechnianie dobrych praktyk.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba inicjatyw/projektów, w tym unijnych/ wspólnych przedsięwzięć partnerskich. 2. Lista partnerów krajowych i zagranicznych. 	Samorząd województwa, samorządy gminne i powiatowe, WOTUW, placówki leczenia uzależnień, Kuratorium Oświaty, Policja.
3.9. Prowadzenie i rozwijanie strony internetowej województwa małopolskiego dotyczącej profilaktyki, w tym umieszczanie banku rekomendowanych programów w obszarze uzależnień.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba odwiedzających stronę. 2. Wykaz instytucji przesyłających treści do zamieszczenia na stronę internetową. 	Samorząd województwa.

VII. TERMINOLOGIA

Uzależnienie¹²

W znaczeniu ogólnym, stan potrzeby albo stan polegania na czymś lub na kimś dla uzyskania wsparcia w celu funkcjonowania, czy nawet przeżycia. W odniesieniu do alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, termin ten oznacza potrzebę powtarzania dawki danego środka dla wprawienia się w dobre samopoczucie lub dla uniknięcia złego samopoczucia. W DSM-III-R uzależnienie zdefiniowane jest, jako "grupa objawów zaburzeń poznawczych, behawioralnych i fizjologicznych wskazujących, że dana osoba ma upośledzoną zdolność kontrolowania przyjmowania substancji psychoaktywnej i kontynuuje jej używanie mimo negatywnych skutków". W przybliżeniu odpowiada to zespołowi uzależnienia w terminologii ICD-10. W ujęciu ICD-10 termin "uzależnienie" mógłby odnosić się ogólnie do każdego z elementów zespołu. Bywa często stosowany wymiennie z terminami nałóg i alkoholizm.

Uzależnienie krzyżowe¹³

Termin farmakologiczny stosowany dla opisu zdolności jednej substancji (lub jednej klasy związków) do wyłumiania objawów zespołu abstynencyjnego wywołanego odstawieniem innej substancji (lub klasy związków) i podtrzymywania w ten sposób stanu fizycznego uzależnienia.

Używanie ryzykowne¹⁴

Wzór używania substancji nasilający ryzyko szkodliwych następstw dla użytkownika (...), termin ten odnosi się do wzorów stanowiących zagrożenie dla zdrowia publicznego, niezależnie od braku komplikacji zdrowotnych u konkretnej osoby.

Uzależnienie od hazardu (diagnoza)¹⁵

1. Silne pragnienie lub poczucie przymusu gry hazardowej.
2. Upośledzona zdolność kontrolowania zachowań związanych z hazardowym graniem; powstrzymaniem się i ilością czasu poświęconą grze.
3. Przeżywanie niepokoju, rozdrażnienia, pogorszenia samopoczucia przy próbach przerwania lub ograniczania grania oraz ustępowaniu tych stanów z chwilą powrotu do gry.
4. Spędzanie dużej ilości czasu na graniu w celu uzyskania dobrego samopoczucia, które wcześniej było uzyskiwane w krótszym czasie.
5. Narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań – z powodu grania.
6. Kontynuowanie zachowania hazardowego mimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw, gdy wiadomo, że mają związek z hazardem.

Współuzależnienie¹⁶

Terminem tym określamy specyficzny zespół problemów będących następstwem życia z osobą uzależnioną. Polega na przystosowaniu się do powodującym szereg objawów:

¹² Leksykon Terminów - alkohol i narkotyki. Światowa Organizacja Zdrowia.

¹³ Leksykon Terminów - alkohol i narkotyki. Światowa Organizacja Zdrowia.

¹⁴ Leksykon Terminów - alkohol i narkotyki. Światowa Organizacja Zdrowia.

¹⁵ tekst opracowany przez Dutczak-Czyżyk S. z Poradni Leczenia Uzależnień w Szpitalu Specjalistycznym im. L. Rydygiera sp. z o.o.

¹⁶ tekst opracowany przez Dutczak-Czyżyk S. z Poradni Leczenia Uzależnień w Szpitalu Specjalistycznym im. L. Rydygiera sp. z o.o.

1. Uporczywa koncentracja myśli, uczuć i zachowań żony wokół zachowań alkoholowych męża.
2. Uporczywe uwikłanie poczucia własnej wartości w swą zdolność do wywierania wpływu na uczucia i zachowania swoje i innych ludzi, pomimo powtarzających się niepowodzeń i cierpień na tym polu.
 - zniekształcony stosunek do siły woli
 - zatarte granice własnej tożsamości
 - rozbudowany system zaprzeczania
 - niskie poczucie własnej wartości
3. Poczucie odpowiedzialności za zaspokajanie potrzeb innych ludzi połączone z zaniedbywaniem własnych potrzeb.
4. Poczucie lęku i zaburzenie u siebie poczucia własnej tożsamości w sytuacjach bliskich kontaktów osobistych.
5. Objawy psychopatologiczne:
 - zmiany w samopoczuciu fizycznym
 - zmiany w samopoczuciu psychicznym

Alkohol¹⁷

W terminologii chemicznej alkohole to duża grupa związków organicznych, pochodnych węglowodorów, zawierających jedną lub więcej grup hydroksylowych (-OH). Etanol (C₂H₅OH, alkohol etylowy) należy do tej klasy związków i jest głównym składnikiem psychoaktywnym napojów alkoholowych. Terminem "alkohol" obejmuje się, więc często również napoje alkoholowe.

Etanol powstaje w procesie fermentacji cukru przez drożdże. W normalnych warunkach zawartość alkoholu w napojach wytworzonych na drodze fermentacji nie przekracza 14%. W procesie produkcji alkoholi wysokoprocentowych na drodze destylacji, alkohol jest wygotowywany z mieszaniny fermentacyjnej i zbierany po skropleniu jako prawie czysty produkt. Oprócz zastosowania do celów spożywczych, alkohol używany jest również jako paliwo, rozpuszczalnik i surowiec w przemyśle chemicznym.

Alkoholizm¹⁸

Termin używany od dawna i w wielu znaczeniach. Zwykle odnosi się do przewlekłego lub okresowego picia alkoholu, czemu towarzyszą: upośledzenie kontroli nad piciem, częste epizody intoksykacji i ciągle zaabsorbowanie alkoholem lub piciem, mimo negatywnych skutków. Terminu tego po raz pierwszy użył w roku 1849 Magnus Huss. Do lat czterdziestych XX w. obejmowano nim głównie somatyczne następstwa przewlekłego nadużywania alkoholu (wg. typologii Jellinka - alkoholizm beta). Zawężeniem tego ujęcia jest koncepcja alkoholizmu jako choroby będącej wynikiem pierwotnej predyspozycji biologicznej, charakteryzującej się utratą kontroli nad piciem oraz przewidywalnym, postępującym przebiegiem. Później termin ten był używany przez Jellinka i innych dla określenia takiego sposobu picia alkoholu, który prowadzi do wszelkiego rodzaju szkód (somatycznych, psychicznych, społecznych, indywidualnych lub zbiorowych). Zdefiniowany w ten sposób alkoholizm Jellinek podzielił na szereg "typów" oznaczonych literami greckiego alfabetu.

Nieprecyzyjność tego terminu sprawiła, że w roku 1979 WHO Expert Committee zalecił stosowanie węższego pojęcia: zespół uzależnienia od alkoholu, jako jednego z wielu problemów związanych z alkoholem.

¹⁷ Leksykon Terminów - alkohol i narkotyki. Światowa Organizacja Zdrowia.

¹⁸ Leksykon Terminów - alkohol i narkotyki. Światowa Organizacja Zdrowia.

Alkohol - nadużywanie¹⁹

Spożywanie alkoholu wiąże się z ryzykiem wystąpienia szkód zdrowotnych, zarówno somatycznych, jak i psychologicznych, zwłaszcza, jeśli alkohol spożywany jest często, w dużych ilościach lub też w niewłaściwych okolicznościach. Wśród szkód zdrowotnych na plan pierwszy wysuwa się zespół uzależnienia od alkoholu.

Zespół uzależnienia od alkoholu²⁰

Zespół uzależnienia od alkoholu, zgodnie z kryteriami zawartymi w 10 edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów (ICD 10) należy definiować jako wystąpienie przynajmniej trzech z następujących objawów, w okresie przynajmniej jednego miesiąca lub w ciągu ostatniego roku w kilkukrotnych okresach krótszych niż miesiąc:

1. Silne pragnienie lub poczucie przymusu picia ("głód alkoholowy").
2. Upośledzenie zdolności kontrolowania zachowań związanych z piciem (upośledzenie zdolności powstrzymywania się od picia, trudności w zakończeniu picia, trudności w ograniczaniu ilości wypijanego alkoholu).
3. Fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego w sytuacji ograniczenia lub przerywania picia (drżenie, nadciśnienie tętnicze, nudności, wymioty, biegunka, bezsenność, niepokój, w krańcowej postaci majaczenie drżenne) lub używanie alkoholu w celu uwolnienia się od objawów abstynencyjnych.
4. Zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu, potrzeba spożywania zwiększonych dawek dla osiągnięcia oczekiwanego efektu.
5. Koncentracja życia wokół picia kosztem zainteresowań i obowiązków.
6. Uporczywe picie alkoholu mimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw picia.

Alkoholowy zespół płodowy (FAS)²¹

Opóźniony wzrost i rozwój zarówno fizyczny, jak i umysłowy, z wadami rozwojowymi czaszki, twarzoczaszki, kończyn i układu sercowo-naczyniowego, obserwowany niekiedy u dzieci matek, których picie alkoholu w czasie ciąży można sklasyfikować jako picie ryzykowne. Do najpospolitszych odchyłeń od normy zaliczają się: niedostateczny wzrost w okresie przed i poporodowym, mikrocefalia, opóźnienie rozwoju lub upośledzenie umysłowe, krótkie szpary powiekowe, krótki, zadarty nos ze spłyconą rynienką nosową i wąską górną wargą, anormalne linie bardziej subtelnych zaburzeń przypisuje się również wpływom alkoholu na płód (płodowe efekty działania alkoholu, FAE - fetal alcohol effects), ale nie ma zgody wśród fachowców, jakie ilości alkoholu spożywane przez matkę wywołują te skutki.

Syndrom Dorosłych Dzieci Alkoholików DDA²²

Efektom doświadczeń wyniesionych z życia w rodzinie z problemem alkoholowym są pewne utrwalone schematy zachowań i reakcji emocjonalnych, które utrudniają osiągnięcie zadowolenia i satysfakcji, a zwłaszcza nawiązania bliskich relacji z innymi ludźmi w dorosłym życiu.

Wczesna interwencja²³

Strategia terapeutyczna łącząca w sobie wczesne wykrywanie faktu ryzykownego lub szkodliwego

¹⁹ www.parpa.pl

²⁰ www.parpa.pl

²¹ Leksykon Terminów - alkohol i narkotyki. Światowa Organizacja Zdrowia.

²² Rekomendacje do realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w roku 2008. PARPA 2007 r.

²³ Leksykon Terminów - alkohol i narkotyki. Światowa Organizacja Zdrowia.

używania substancji psychoaktywnych z leczeniem osób, których to dotyczy. Proponuje się i zapewnia leczenie zanim osoby zainteresowane mogłyby się zgłosić z własnej inicjatywy, często zanim uświadomią sobie, że używanie tych środków może przysporzyć im poważnych problemów. Podejście to skierowane jest przede wszystkim do osób, które nie popadły jeszcze w uzależnienie fizyczne lub poważniejsze kłopoty psychospołeczne.

Detoksykacja²⁴

1. Proces wyprowadzania pacjenta ze skutków działania substancji psychoaktywnej.
2. Jako procedura kliniczna, jest to proces bezpiecznego i skutecznego odstawiania substancji psychoaktywnej w sposób minimalizujący objawy zespołu abstynencyjnego. Ośrodki przeprowadzające takie procedury mogą nosić nazwy ośrodków (oddziałów) detoksykacyjnych, "detoksu" i izb wytrzeźwień.

Grupa samopomocy²⁵

Termin odnoszący się do dwóch rodzajów grup terapeutycznych, używany jednak najczęściej dla określenia tego, co bardziej prawidłowo zwane jest grupą wzajemnej pomocy. Grupami samopomocy nazywa się także grupy terapeutyczne uczące poznawczych, behawioralnych i innych technik samorealizacji.

Krótką interwencją²⁶

Zwana też interwencją minimalną, to strategia lecznicza oferująca ustrukturyzowaną, krótką (z reguły 5-30 minut) terapię, której celem jest pomoc w zaprzestaniu lub zredukowaniu używania substancji psychoaktywnych lub (rzadziej) w radzeniu sobie z innymi problemami życiowymi. Opracowana została przede wszystkim z myślą o lekarzach i innych pracownikach podstawowej opieki zdrowotnej. Stosowana była dotychczas głównie jako pomoc przy rzucaniu palenia i w leczeniu używania szkodliwego, przede wszystkim alkoholu.

Obrót hurtowy napojami alkoholowymi²⁷

Zakup napojów alkoholowych w celu dalszej ich odsprzedaży przedsiębiorcom posiadającym właściwe zezwolenia.

Ograniczanie szkód²⁸

W kontekście picia alkoholu i używania innych substancji psychoaktywnych, określenie to oznacza strategię działania i programy koncentrujące się bezpośrednio na ograniczaniu szkód wywoływanych przez przyjmowanie tych substancji. Odnosi się w szczególności do tych strategii działania, które mają na celu zmniejszenie szkód, lecz niekoniecznie ograniczanie konsumpcji substancji psychoaktywnych.

Picie, ciągi²⁹

Wzorzec intensywnego picia w dłuższym, często uprzednio zaplanowanym okresie. W badaniach populacyjnych okres ten definiowany jest zazwyczaj jako więcej niż jeden dzień poświęcony wyłącznie

²⁴ Leksykon Terminów - alkohol i narkotyki. Światowa Organizacja Zdrowia.

²⁵ Leksykon Terminów - alkohol i narkotyki. Światowa Organizacja Zdrowia.

²⁶ Leksykon Terminów - alkohol i narkotyki. Światowa Organizacja Zdrowia.

²⁷ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tj. Dz. U. z 2012 r. poz. 1356 z późn. zm.).

²⁸ Leksykon Terminów - alkohol i narkotyki. Światowa Organizacja Zdrowia.

²⁹ Leksykon Terminów - alkohol i narkotyki. Światowa Organizacja Zdrowia.

picie. Zachowanie takie określane bywa również jako "picie napadowe" lub "rzut picia". Osoba pijąca ciągami lub rzutami to ktoś, kto trzyma się głównie tego sposobu picia, często zachowując abstynencję pomiędzy kolejnymi epizodami.

Picie kontrolowane³⁰

Picie w sposób umożliwiający uniknięcie intoksykacji lub picia ryzykownego. Termin ten stosowany jest w szczególności wobec osób, których zdolność do kontrolowania picia przy wszystkich okazjach może być w sposób uzasadniony kwestionowana. Na przykład, w przypadku osób, u których wystąpiły objawy uzależnienia od alkoholu lub picia szkodliwego.

Picie problemowe³¹

Picie, które powoduje problemy osobiste lub zbiorowe, zdrowotne lub społeczne. Wcześniejsze zastosowania tego terminu obejmowały również picie będące reakcją na problemy (kłopoty) życiowe. Od połowy lat 60 terminu tego używa się w bardziej ogólnym sensie, unikając odniesień do koncepcji alkoholizmu jako choroby. W niektórych zastosowaniach termin ten włączany jest do pojęcia **alkoholizm**, jako jego wstępne lub mniej poważne stadium. Człowiek pijący problemowo to osoba, której picie spowodowało powstanie problemów zdrowotnych lub w funkcjonowaniu społecznym.

Podwójna diagnoza (podwójne rozpoznanie)

Termin ogólny odnoszący się do współwystępowania u tej samej osoby zaburzenia spowodowanego używaniem substancji psychoaktywnych i innego zaburzenia psychicznego. Osoba taka określana jest czasami jako chory psychicznie nadużywający środków psychoaktywnych (mentally ill chemical abuser -MICA). Znacznie rzadziej termin ten stosowany jest dla określenia współwystępowania dwóch chorób psychicznych niezwiązanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Używany był również czasami wobec współwystępowania dwóch odrębnie rozpoznawanych zaburzeń związanych z używaniem środków psychoaktywnych. Stosowanie tego terminu w żaden sposób nie oznacza implikowania związku między obydwoma stanami, ani jakichkolwiek relacji etiologicznych.

Polityka wobec alkoholu³²

Zespół środków, które mają na celu kontrolę podaży i/lub ograniczenie popytu na napoje alkoholowe w danej populacji (zazwyczaj na poziomie całego kraju). Polityka wobec alkoholu obejmuje m.in. programy edukacyjne i lecznicze, kontrolę nad alkoholem, strategię ograniczania szkód. Koncepcja polityki wobec alkoholu, zakładająca potrzebę koordynacji działań rządu z punktu widzenia interesu zdrowia i/lub porządku publicznego, narodziła się w krajach skandynawskich i upowszechniła szeroko na świecie począwszy od lat sześćdziesiątych.

Profilaktyka uniwersalna – ukierunkowana na całe populacje³³

Są to działania profilaktyczne adresowane do całych grup (populacji) bez względu na stopień indywidualnego ryzyka występowania problemów alkoholowych. Ich celem jest zmniejszanie lub eliminowanie czynników ryzyka sprzyjających rozwojowi problemów alkoholowych w danej populacji. Działania uniwersalne są realizowane na przykład w populacji dzieci i młodzieży w wieku gimnazjalnym, w populacji młodych dorosłych, w populacji rodziców posiadających dzieci w wieku szkolnym itd.

³⁰ Leksykon Terminów - alkohol i narkotyki. Światowa Organizacja Zdrowia.

³¹ Leksykon Terminów - alkohol i narkotyki. Światowa Organizacja Zdrowia.

³² Leksykon Terminów - alkohol i narkotyki. Światowa Organizacja Zdrowia.

³³ Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015.

Przykładem profilaktyki uniwersalnej są programy opóźniania inicjacji alkoholowej lub papierosowej adresowane do całej populacji dzieci wchodzących w okres pierwszych eksperymentów z substancjami psychoaktywnymi.

Profilaktyka selektywna – ukierunkowana na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka³⁴

Są to działania profilaktyczne adresowane do jednostek lub grup, które ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne są narażone na większe od przeciętnego ryzyko wystąpienia problemów alkoholowych lub/i innych zaburzeń zdrowia psychicznego. Przykładem profilaktyki selektywnej są działania edukacyjne, opiekuńcze i rozwojowe podejmowane wobec dzieci pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym. Działania z tego poziomu profilaktyki są podejmowane ze względu na sam fakt przynależności do takiej grupy, czyli np. bycie dzieckiem osoby uzależnionej od alkoholu, a nie ze względu na występowanie zaburzeń lub problemów psychicznych u takich dzieci. Profilaktyka selektywna jest więc z definicji przede wszystkim działaniem uprzedzającym, a nie naprawczym.

Profilaktyka wskazująca – ukierunkowana na jednostki (lub grupy) wysokiego ryzyka demonstrujące pierwsze symptomy problemów alkoholowych³⁵

Są to działania profilaktyczne adresowane do osób (grup osób), które demonstrują wczesne symptomy problemów alkoholowych lub/i innych zaburzeń zachowania lub problemów psychicznych, ale jeszcze nie spełniają kryteriów diagnostycznych picia szkodliwego, uzależnienia od alkoholu lub innych zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu opisanych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Przykładem profilaktyki wskazującej są zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci, które przejawiają wysoki poziom agresji i nieprzystosowania w kontaktach z rówieśnikami, a także interwencje podejmowane wobec uczniów upijających się lub eksperymentujących z narkotykami. Do profilaktyki wskazującej można również zaliczyć niektóre działania mające na celu redukcję szkód zdrowotnych lub społecznych u osób nadużywających alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych (np. działania edukacyjne i prawne zmierzające do ograniczenia liczby wypadków drogowych popełnianych przez kierowców pod wpływem alkoholu).

Rehabilitacja³⁶

W obszarze pojęciowym związanym z używaniem substancji psychoaktywnych termin ten oznacza proces, w którym osoba z zaburzeniami spowodowanymi przez ich przyjmowanie osiąga optymalny stan zdrowia, funkcjonowania psychicznego i społecznego.

Reintegracja społeczna³⁷

Reintegracja społeczna - to działania, w tym również o charakterze samopomocowym, mające na celu odbudowanie i podtrzymanie u osoby uczestniczącej w zajęciach w centrum integracji społecznej, klubie integracji społecznej lub zatrudnionej u pracodawcy, umiejętności uczestniczenia w życiu społeczności lokalnej i pełnienia ról społecznych w miejscu pracy, zamieszkania lub pobytu.

Uzależnienia behawioralne

Są to „nowe uzależnienia” niezwiązane z uzależnieniami od substancji chemicznych, które w coraz

³⁴ Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015.

³⁵ Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015.

³⁶ Leksykon Terminów - alkohol i narkotyki. Światowa Organizacja Zdrowia.

³⁷ Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2011r., Nr 43, poz. 225 z późn. zm.).

większym stopniu dotyczą ludzi w obliczu nieustannych i ciągłych zmian cywilizacyjnych oraz związanych z tym problemów społecznych.

Spis tabel:

- Tabela 1.** Spożycie alkoholu w litrach na jednego mieszkańca Polski w latach 2009-2011.
- Tabela 2.** Picie napojów alkoholowych wśród chłopców i dziewcząt w 2011 roku.
- Tabela 3.** Odsetek konsumentów alkoholu oraz poszczególnych typów napojów alkoholowych (w czasie ostatnich 12 miesięcy).
- Tabela 4.** Szacowane średnie roczne spożycie alkoholu w litrach 100% alkoholu.
- Tabela 5.** Odsetek konsumentów alkoholu oraz poszczególnych typów napojów alkoholowych w podziale na płeć (w czasie ostatnich 12 miesięcy).
- Tabela 6.** Liczba przebadanych kierowców, w tym pod wpływem alkoholu w latach 2011-2013.
- Tabela 7.** Leczeni z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w województwie małopolskim w 2012 roku.
- Tabela 8.** Dane dotyczące liczby rozwodów w Małopolsce z podziałem na liczbę dzieci w rodzinie.
- Tabela 9.** Działalność publicznych zakładów opieki zdrowotnej w zakresie stacjonarnych oddziałów leczenia uzależnień w województwie małopolskim w 2012 roku.

Spis wykresów:

- Wykres 1.** Leczeni z zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu w województwie małopolskim w latach 2005-2012.
- Wykres 2.** Dane nt. liczby rozwodów w Małopolsce.
- Wykres 3.** Rozwody w Małopolsce z przyczyny nadużywania alkoholu.
- Wykres 4.** Liczba leczonych pacjentów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej w zakresie stacjonarnych oddziałów leczenia uzależnień w województwie małopolskim w latach 2008-2012.

Spis map:

- Mapa 1.** Rozmieszczenie stacjonarnych oddziałów leczenia uzależnień w publicznych zakładach opieki zdrowotnej w Województwie Małopolskim w 2013 roku.
- Mapa 2.** Rozmieszczenie ambulatoryjnych placówek leczenia uzależnień w publicznych zakładach opieki zdrowotnej w Województwie Małopolskim w 2013 roku.