

Załącznik
do uchwały Nr XXII/408/16
Sejmiku Województwa
Kujawsko-Pomorskiego
z dnia 20 czerwca 2016 r.



**WOJEWÓDZKI PROGRAM PROFILAKTYKI
I ROZWIĄZYWANIA
PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH
W WOJEWÓDZTWIE KUJAWSKO-POMORSKIM
NA LATA 2016-2020**

WSTĘP

Zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2016 r. poz. 487), 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.

Głównym celem „Wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie kujawsko-pomorskim na lata 2016-2020” jest **ograniczenie skali występowania negatywnych zjawisk życia społecznego związanych z nadużywaniem alkoholu**. Cel główny będzie realizowany poprzez 3 cele operacyjne oraz 20 zadań. Wszystkie zadania poprzez działania profilaktyczne, prewencyjne, lecznicze i rehabilitacyjne, a także z obszaru reintegracji społecznej i zawodowej będą służyły osiągnięciu celu nadrzędnego Programu.

I. PODSTAWY PRAWNE PROGRAMU

Ustawy:

1. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2016 r. poz. 486).
2. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2016 r. poz. 487).
3. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz. U. z 2016 r. poz. 239, z późn. zm.).
4. Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2011 r. Nr 43, poz. 225, z późn. zm.).
5. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, z późn. zm.).
6. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2015 r. poz. 1390).

7. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, 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 Kujawsko-Pomorskiego do roku 2020 - Plan modernizacji 2020+ (uchwała Nr XLI/693/13 Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 21 października 2013 r.)
2. Strategia Polityki Społecznej Województwa Kujawsko-Pomorskiego do roku 2020 (uchwała Nr XIII/285/15 Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 26 października 2015 r.)

Dokumenty, z którymi koresponduje Program:

1. Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii w Województwie Kujawsko-Pomorskim do 2016 roku (uchwała Nr XXV/421/12 Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 27 sierpnia 2012 r.)
2. Wojewódzki program przeciwdziałania przemocy w rodzinie dla województwa kujawsko-pomorskiego do roku 2020 (uchwała Nr 24/899/13 Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 19 czerwca 2013 r.)

II. CHARAKTERYSTYKA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH Z UWZGLĘDNIENIEM SPECYFIKI WOJEWÓDZTWA

W 2014 r. w Polsce spożycie alkoholu per capita wyniosło 9,4 litra, co oznacza spadek wobec 2013 r. o 0,27 l. Najbardziej spadło spożycie wyrobów spirytusowych - było o 11% niższe w stosunku do 2013 r. i wyniosło 3,2 l. Spożycie piwa wyniosło 98,9 l, co oznacza wzrost o 1,2 l (1,2%). Spożycie wina wzrosło z 5,8 l do 6,3 l (wzrost o 8,6%). Wzrost spożycia wina zanotowano po raz pierwszy od 2006 r.

W skali kilkunastu lat widać, że po gwałtownym wzroście spożycia, który nastąpił w 2003 r. po obniżeniu podatku akcyzowego na alkohol etylowy, od 2009 r. (wzrost podatku akcyzowego na wszystkie rodzaje alkoholu) notujemy spowolnienie trendu wzrostowego spożycia napojów alkoholowych. Nadal jednak jest to trend wzrostowy. W strukturze spożywanych napojów alkoholowych w 2014 r. w odniesieniu do roku poprzedniego zmniejszył się udział wyrobów spirytusowych z 37,2% do 34,1%, udział piwa wzrósł z 55,7% do 57,9%. Udział wina wzrósł z 7,2% w 2013 r. do 8% w 2014 r. Był to pierwszy zanotowany wzrost udziału wina w strukturze spożycia alkoholu w latach 1998-2014.

W zakresie ograniczania dostępności ekonomicznej alkoholu w 2014 r. w wyniku podniesienia o 15% akcyzy na alkohol etylowy wzrosła cena napojów wysokoprocentowych (o 4,4%).

Nieznacznie zmniejszyła się dostępność fizyczna alkoholu - z 244 osób na punkt sprzedaży w 2010 r. do 273 osób w 2014 r. Trend zmniejszenia dostępności choć nieznaczny to zmierzający od kilku lat w pożądanym kierunku.

Ponad 80% dorosłych mieszkańców Rzeczypospolitej Polskiej spożywa alkohol. Postawy abstynenckie są częstsze wśród kobiet (25,5%) niż wśród mężczyzn (10,9%).

Poziom rozpowszechnienia społecznych i zdrowotnych problemów związanych z używaniem alkoholu jest tym większy, im powszechniej spożywany jest alkohol. Większość konsumentów alkoholu spożywa go na poziomie niskiego ryzyka szkód, jednak blisko 12% dorosłych Polaków nadużywa alkoholu, tzn. pije go w sposób powodujący szkody zdrowotne i społeczne. Do grupy tej zalicza się osoby nieuzależnione (określane jako pijące szkodliwie) i uzależnione od alkoholu. Próba ekstrapolacji wyników badań epidemiologicznych na populacji ludności Rzeczypospolitej Polskiej w wieku 18-64 lata daje liczbę ponad 3 mln osób, u których można rozpoznać zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania wynikające ze spożywania alkoholu. W grupie tej ponad 0,6 mln osób to osoby uzależnione od alkoholu. Problemy alkoholowe dotyczą zdecydowanie częściej mężczyzn (20,4%) niż kobiety (3,5%).

Grupa osób najwięcej pijących (powyżej 12 l 100% alkoholu rocznie), stanowiąca 7,3% konsumentów napojów alkoholowych, spożywa aż 46,1% całego wypijanego alkoholu.

Grupa osób mało pijących (do 1,2 l 100% alkoholu rocznie), stanowiąca 46,9% konsumentów alkoholu, wypija tylko 4,9% całości spożywanego alkoholu.

1. Profilaktyka problemów alkoholowych dorosłych

Rozpoznawanie osób pijących alkohol w sposób ryzykowny i szkodliwy jest ważnym zadaniem stojącym przed personelem medycznym podstawowej opieki zdrowotnej.

Prowadzenie wśród pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej badań przesiewowych i udzielanie porad osobom z grupy podwyższonego ryzyka, mających na celu skłonienie ich do ograniczenia picia alkoholu do poziomu uważanego za bardziej bezpieczny dla zdrowia, jest efektywnym sposobem ograniczania szkód zdrowotnych, spowodowanych spożywaniem alkoholu. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opracowała proste w użyciu narzędzie przesiewowe dla personelu podstawowej opieki zdrowotnej, tj. test AUDIT (*Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych z Piciem Alkoholu, ang. Alcohol Use Disorders Identification Test*) oraz zalecenia do przeprowadzania interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie. Procedura wczesnego rozpoznawania i krótkiej interwencji w podstawowej opiece zdrowotnej przynosi efekt w stosunku do jednego na ośmiu pacjentów, wobec których ją zastosowano. Jest to jedna z najtańszych interwencji medycznych, prowadzących do skutecznej zmiany zachowań i poprawy stanu zdrowia. Mimo jej wysokiej efektywności, rzadko jest włączana do rutynowego postępowania klinicznego przez personel podstawowej opieki zdrowotnej.

W ramach wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych samorządy województw zaangażowane były w działania mające na celu zmniejszenie negatywnych konsekwencji wynikających ze spożywania alkoholu przez osoby dorosłe. Prowadzono działania promujące zdrowy styl życia i przeciwdziałające nietrzeźwości. Organizowano kampanie informacyjne, programy edukacyjne, konferencje, szkolenia oraz rozpowszechniono materiały edukacyjne w postaci ulotek poświęconych problematyce alkoholowej. Celem podjętych działań była profilaktyka problemów wynikających z nadużywania alkoholu przez osoby dorosłe.

W 2014 r. w siedmiu samorządach wojewódzkich (województwa: kujawsko-pomorskie, łódzkie, mazowieckie, opolskie, pomorskie, śląskie, świętokrzyskie) prowadzono działania wspierające stowarzyszenia abstynenckie m.in. poprzez udzielanie dotacji na programy obejmujące m.in. promowanie zdrowego i trzeźwego stylu życia, a także wsparcie osób uzależnionych i współuzależnionych.

Działania w ramach integracji społecznej osób po terapii uzależnienia od alkoholu obejmowały przede wszystkim wsparcie działalności Centrów Integracji Społecznej (CIS). W ramach zadań realizowanych w oparciu o wojewódzkie programy profilaktyki

rozwiązywania problemów alkoholowych samorządy województw: kujawsko-pomorskiego, lubelskiego, lubuskiego, podlaskiego, pomorskiego, wielkopolskiego wsparły działalność CIS-ów na łączną kwotę ponad 1,3 mln zł.

Analiza informacji pozyskanych ze sprawozdań gminnych dowodzi, że na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w roku 2011 funkcjonowało 5 Centrów Integracji Społecznej, w których na zajęcia reintegracji zawodowej i społecznej wydatkowano w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych kwotę w wysokości 1.130.749,29 zł. W 2012 roku działały tylko 2 CIS-y i wysokość środków finansowych przeznaczonych na zajęcia reintegracji zawodowej i społecznej prowadzonej w CIS wynosiła 1.180.750,36 zł, zaś w 2013 roku funkcjonowały 4 CIS-y, a łączna wysokość dofinansowania na ww. działanie wynosiła 1.079.799,00 zł

Liczba uczestników zajęć reintegracji zawodowej i społecznej prowadzonej w CIS w latach 2011-2013 utrzymywała się na podobnym poziomie. W 2011 roku było to 245 uczestników, w tym 23 uzależnionych od alkoholu po zakończonym leczeniu odwykowym, zaś w 2013 roku 251 uczestników, w tym 21 osób uzależnionych od alkoholu po zakończonej terapii.

Dane pokazują, że w 2011 roku 172 osoby zakończyły realizację indywidualnego zatrudnienia socjalnego w CIS, w tym 5 osób uzależnionych od alkoholu po zakończeniu leczenia odwykowego. W 2012 roku liczba ta spadła do 85 osób, w tym tylko 3 osoby były po zakończonej terapii. W 2013 roku liczba ta się zwiększyła i wyniosła 132 osoby, w tym 9 osób było po zakończonym leczeniu odwykowym

Z informacji przesłanych przez gminy wynika, że w województwie kujawsko-pomorskim liczba Klubów Integracji Społecznej (KIS) zmalała, bo w 2011 roku było to 19 Klubów, zaś w 2013 roku już tylko 17.

Administracyjne i prawne ograniczenie dostępności alkoholu jest jednym z najskuteczniejszych narzędzi ograniczania zakresu problemów alkoholowych.

Limit punktów sprzedaży oraz usytuowanie miejsc sprzedaży, podawania i spożywania napojów alkoholowych powinny być dostosowane do potrzeb ograniczania dostępności alkoholu, określonych w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Dla województwa kujawsko-pomorskiego limity punktów sprzedaży napojów alkoholowych przedstawiały się następująco: w 2011 roku wynosiły 9863, w 2012 roku - 9970, zaś w 2013 roku - 9694. Limit punktów sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży w 2011 roku wynosił 5653 i co roku się zwiększał. Według danych w 2012 roku było to 5738 punktów sprzedaży, zaś w 2013

roku liczba ta znacznie się zwiększyła i wynosiła 6247. Limit punktów sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia w miejscu sprzedaży przedstawiał się następująco: w 2011 roku - 3279, w roku 2012 - 3142, zaś w 2013 roku wynosił 3426.

Liczba zezwoleń na detaliczną sprzedaż napojów alkoholowych w województwie kujawsko-pomorskim w 2011 roku wynosiła 17155, w 2012 roku liczba wzrosła do 17617, zaś w 2013 roku obniżyła się do 16295 wydanych zezwoleń.

W 2011 roku na terenie gmin województwa kujawsko-pomorskiego liczba zezwoleń uprawniających do sprzedaży alkoholu wynosiła: 12778 na sprzedaż napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży (sklepy) oraz 4377 na sprzedaż napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia w miejscu sprzedaży (lokale gastronomiczne). W 2012 r. wydano ich analogicznie 13358 i 4259, zaś w 2013 roku 12291 i 4004.

W Rzeczypospolitej Polskiej zasadniczą rolę w formułowaniu strategii ograniczania dostępności fizycznej alkoholu, biorąc pod uwagę instrumenty regulacji prawnych, mają jednostki samorządu terytorialnego.

W 2014 r. w porównaniu z 2013 r. odnotowano po raz kolejny nieznaczne zmniejszenie się dostępności fizycznej napojów alkoholowych. Na jeden punkt sprzedaży napojów alkoholowych w 2014 r. przypadały 273 osoby, natomiast w 2013 r. było to 266 osób. Na jeden punkt sprzedaży napojów o zawartości powyżej 18% w 2014 r. przypadało 380 osób, w 2013 r. - 373 osoby.

Istnieją liczne badania naukowe potwierdzające związek pomiędzy ceną alkoholu a wielkością jego spożycia. Jednym z podstawowych wniosków płynących z tych badań jest stwierdzenie faktu, że im większa jest dostępność ekonomiczna alkoholu, tym większe jest jego spożycie. Prowadzenie zatem odpowiedniej polityki podatkowej jest jednym z podstawowych narzędzi służących ograniczaniu szkód powodowanych przez alkohol, a co za tym idzie, służących poprawie zdrowia populacji. Organem inicjującym regulację podatku akcyzowego jest Minister Finansów. Ostatnia regulacja podwyższająca stawki na alkohol etylowy miała miejsce w 2013 r. (ustawa z dnia 8 listopada 2013 r. o *zmianie niektórych ustaw w związku z realizacją ustawy budżetowej* (Dz. U. poz. 1645) obowiązuje od 1 stycznia 2014 r.). Ww. ustawa wprowadziła zmiany m.in. w ustawie z dnia 6 grudnia 2008 r. o *podatku akcyzowym* (Dz. U. z 2014 r. poz. 752). Z dniem 1 stycznia 2014 r. podwyższona została stawka podatku akcyzowego na alkohol etylowy, która miała na celu wykonanie założeń budżetowych oraz była elementem polityki prozdrowotnej. Stawka akcyzy została

podwyższona o 15%, z 4.960 zł do 5.704 zł za 1 hektolitr alkoholu etylowego 100% vol. zawartego w gotowym wyrobie. Ważnym wskaźnikiem dostępności ekonomicznej napojów alkoholowych jest liczba butelek poszczególnych rodzajów napojów alkoholowych, które można kupić za średnie miesięczne wynagrodzenie. W związku z tym, że ceny alkoholu wzrosły bardzo nieznacznie przy jednoczesnym wzroście przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia (podobnie jak w poprzednich latach), w 2014 r. zanotowano kolejny (notowany od 2009 r.) wzrost dostępności ekonomicznej piwa oraz wina. W wyniku podniesienia o 15% akcyzy na alkohol etylowy wzrosła cena napojów wysokoprocentowych (o 4,4%). Wzrost cen spowodował spadek dostępności cenowej tego typu alkoholu o 2,6%. W gminach z terenu województwa kujawsko-pomorskiego przeprowadzono szkolenia dla właścicieli punktów oraz dla sprzedawców napojów alkoholowych. W ramach edukacji publicznej gminy w latach 2011-2013 przeprowadziły łącznie 253 szkolenia dla właścicieli punktów oraz sprzedawców napojów alkoholowych. W szkoleniach udział wzięło 2564 osób.

2.Szkody zdrowotne związane z uzależnieniem od alkoholu

Uzależnienie jest zaburzeniem bio-psycho-społecznym. Przyczynia się do rozwoju wielu poważnych chorób (są to m.in. stłuszczenie, zapalenie lub marskość wątroby, alkoholowe zespoły psychoorganiczne, zapalenie trzustki, przewlekłe psychozy alkoholowe, zespół Wernickego-Korsakowa, napady drgawkowe abstynencyjne czy polineuropatia obwodowa) oraz powoduje dezorganizację życia społecznego osób uzależnionych i ich rodzin. Istnieje wysoka zależność między uzależnieniem od alkoholu a bezrobociem, niższym statusem socjoekonomicznym, wypadkami i przemocą.

Według Światowej Organizacji Zdrowia alkohol znajduje się na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji, a ponad 200 rodzajów chorób i urazów wiąże się z jego spożywaniem. Choroby występujące na tle używania alkoholu to przede wszystkim: urazy, zaburzenia umysłowe i psychiczne, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, nowotwory, choroby układu sercowo-naczyniowego, zaburzenia immunologiczne, choroby układu kostnoszkieletowego, dysfunkcje układu rozrodczego i szkody prenatalne. Corocznie z przyczyn bezpośrednio i pośrednio związanych z używaniem alkoholu umiera w Polsce ok. dziesięć tysięcy osób.

3. Dostępność świadczeń dla osób uzależnionych od alkoholu

Z ogólnopolskiego badania EZOP-Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej stwierdzono, że ponad 600 tys. osób spełnia kryteria uzależnienia od alkoholu.

W Rzeczypospolitej Polskiej leczenie uzależnienia jest dobrowolne, za wyjątkiem sytuacji sądowego zobowiązania do leczenia. Leczenie zaburzeń wynikających z używania alkoholu jest bezpłatne, również dla osób nieubezpieczonych. Placówkami leczenia uzależnienia od alkoholu są: poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, poradnie leczenia uzależnień, całodobowe oddziały terapii uzależnienia od alkoholu, całodobowe oddziały leczenia uzależnień, dzienne oddziały terapii uzależnienia od alkoholu, dzienne oddziały leczenia uzależnień, oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych oraz hostele dla osób uzależnionych od alkoholu. Osoby mające sądowe zobowiązanie do podjęcia leczenia odwykowego mogą realizować je we wszystkich placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu finansowanych ze środków NFZ.

Zdecydowana większość placówek (70%) jest niesamodzielna, wchodzi w skład większych struktur leczniczych (szpitali czy przychodni specjalistycznych).

W województwie kujawsko-pomorskim funkcjonuje 38 placówek odwykowych, w tym:

- sześć oddziałów całodobowych leczenia odwykowego (Bydgoszcz, Radziejów, Świecie, Toruń - 154 łóżka), w tym dwa oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (OLAZA) (Radziejów, Świecie-35 łóżek),

- cztery dzienne oddziały uzależnienia od alkoholu (Bydgoszcz, Toruń, Nakło, Inowrocław).

W województwie opiekę ambulatoryjną zapewnia 28 poradni terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia. Placówki ambulatoryjne są w miarę proporcjonalnie rozmieszczone we wszystkich powiatach województwa.

Poradnie poza terapią uzależnienia i współuzależnienia oferują także:

- leczenie osób z podwójną diagnozą (uzależnienie od alkoholu i zaburzenia psychiczne)

- 7 placówek,

- leczenie patologicznego hazardu, zaburzeń nawyków i popędów - 8 placówek,

- oferta dla osób doświadczającej przemocy i dla osób stosujących przemoc - 5 placówek.

W leczeniu zaburzeń wynikających z używania alkoholu 80% pacjentów stanowią mężczyźni. Proporcja leczących się kobiet i mężczyzn jest od kilku lat niezmienna. Kobiety nieco częściej korzystają z pomocy oddziałów dziennych i poradni, rzadziej z leczenia w oddziałach całodobowych. Przeważającą grupą pacjentów uzależnionych w 2014 r. były

osoby w wieku 30-64 lata, stanowiące aż 83% wszystkich zarejestrowanych. Drugą co do liczebności grupą wiekową byli młodzi dorośli. Osoby w wieku 20–29 lat to 12% wszystkich leczonych z powodu zaburzeń poalkoholowych.

W placówkach województwa wzrosła ilość przyjmowanych pacjentów z 6840 w 2012 roku, w tym 901 współuzależnionych do 9200 w 2014 r., w tym współuzależnionych 1450. W placówkach odwykowych zatrudnionych jest 90 specjalistów terapii uzależnień, 53 instruktorów terapii uzależnień, 21 psychologów, 18 lekarzy.

Efektywność leczenia osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin jest w dużej mierze uwarunkowana jakością ofert placówek ambulatoryjnych. Poradnie leczenia uzależnień są placówkami terytorialnie najbliższymi pacjentom. Ich zadania (opisane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r) stwarzają gwarancję ciągłości i kompleksowości leczenia uzależnienia, o ile są finansowane na poziomie zapewniającym możliwość ich realizacji. Z danych NFZ wynika, że w 2014 r. aż 40% poradni podpisało umowy o wartości niższej niż 150.000,00 zł, co nie stwarzało możliwości realizacji wszystkich lub większości zadań przypisanych im w ww. rozporządzeniu.

Czas oczekiwania na przyjęcie do całodobowych oddziałów terapii wynosił średnio siedem tygodni (w 2013 r. było to pięć tygodni), od kilku dni do kilkunastu tygodni, czasem nawet do kilku miesięcy dla osób sądownie zobowiązanych do leczenia. W większości poradni (75%), podobnie jak w większości oddziałów dziennych (86%), czas oczekiwania na leczenie wynosił około tygodnia.

W 2014 r. placówki leczenia uzależnienia od alkoholu objęły leczeniem prawie 6% pacjentów nieposiadających ubezpieczenia zdrowotnego. Większy odsetek pacjentów nieubezpieczonych objęty był opieką w terapeutycznych oddziałach całodobowych i oddziałach detoksykacyjnych (po ok. 8%), mniejszy – w oddziałach dziennych i poradniach (po ok. 5%). Tylko osiem placówek poza kontraktem z Narodowym Funduszem Zdrowia było wspieranych finansowo przez samorządy gminne.

Problemy z jakimi borykają się placówki to: brak spełniającej standardy bazy lokalowej, niskie uposażenie finansowe pracowników, zbyt niskie kontrakty z NFZ.

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 w mniejszych miastach województwa.
3. Zwiększenie oferty oddziałów dziennych także w większych miastach województwa, takich jak Włocławek, Grudziądz, Brodnica (brak oddziału dziennego), Bydgoszcz (jeden oddział dzienny).
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. Niski poziom finansowania lecznictwa uzależnień, powoduje ograniczania zatrudnienia i oferty terapii dla pacjentów. Ciągłe jeszcze 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 dla 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.
9. Istotnym jest stworzenie oferty leczniczej dla osób spełniających kryteria uzależnienia od alkoholu lub kryteria picia ryzykownego nie akceptujących utrzymania całkowitej abstynencji w oparciu o ich oczekiwania i dostępne środki farmakologiczne 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 placówki.

Pomoc osobom uzależnionym oferują również punkty konsultacyjne. Od 2011 roku do 2013 roku liczba gmin, w których funkcjonował punkt konsultacyjny oferujący udzielanie

wsparcia osobom uzależnionym po zakończonym leczeniu odwykowym systematycznie malała. Zmniejszyła się także liczba gmin, w których funkcjonował punkt konsultacyjny oferujący rozpoznanie zjawiska przemocy, konsultacje dla ofiar przemocy.

Na podstawie ankiet PARPA G-1 ze 143 gmin można stwierdzić, że w 2011 roku na terenie województwa kujawsko-pomorskiego działały punkty konsultacyjne dla osób z problemem alkoholowym i ich rodzin, a łączna ich liczba wynosiła 168. Gminy na funkcjonowanie punktów konsultacyjnych ze środków gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych przekazały w 2011 roku kwotę 1.817.383,18 zł. Dla porównania w 2013 roku na terenie 140 gmin, które nadesłały sprawozdania PARPA G-1 takich punktów działały 152 takie punkty, a wysokość środków dofinansowania wynosiła 1.867.161,00 zł.

4.Zobowiązanie do podjęcia leczenia odwykowego

Celem instytucji sądowego zobowiązania osób uzależnionych od alkoholu do leczenia odwykowego jest motywowanie do podjęcia terapii uzależnienia. Podstawę prawną zobowiązania do leczenia stanowi art. 24-36 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Powyższe procedury wdraża się wobec osób uzależnionych od alkoholu, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny. Instytucja ta często nie jest właściwie rozumiana. Najwięcej nieporozumień powstaje wokół celu i oczekiwanej skuteczności tej procedury. Zobowiązanie nie ma charakteru przymusu prawnego. Przymus stosowany jest na etapie doprowadzania osoby uzależnionej od alkoholu na badanie przez biegłego, na rozprawę w sądzie i do placówki leczenia uzależnienia od alkoholu celem podjęcia kuracji, jeśli osoba ta odmawia współpracy. Nie ma jednak możliwości prawnych, ani organizacyjnych zatrzymania pacjenta w placówce wbrew jego woli, a tym bardziej zmuszenia go do aktywnego uczestnictwa w programie psychoterapii uzależnienia.

Blisko 18% uzależnionych pacjentów placówek leczenia uzależnienia od alkoholu było kierowanych do terapii w wyniku sądowego zobowiązania do leczenia. Co siódma osoba (14%) skierowana do leczenia odwykowego przez sąd była kobietą. Leczenie w podstawowym programie terapii rozpoczęło 53% osób zobowiązanych. W grupie tej ukończyło terapię 58%.

Podstawowy program terapii uzależnienia częściej kończyły osoby zobowiązane, podejmujące leczenie w oddziałach stacjonarnych (88%) i dziennych (51%) niż osoby leczone w poradniach (45%).

Gdyby ukończenie programu podstawowego było wystarczające do utrzymania trwałej zmiany wzoru picia, można by przyjąć, że procedura jest skuteczna wobec ok. 30% osób zobowiązanych. Jednak o skuteczności leczenia odwykowego decydują oddziaływania długofalowe.

Spośród wszystkich interwencji gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych najczęściej podejmowanymi były rozmowy z członkami rodzin osób z problemami alkoholowymi. Najmniej było przypadków, w których gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych wystąpiła do sądu z wnioskiem o zobowiązanie do podjęcia leczenia odwykowego.

5.Diagnoza używania alkoholu przez dzieci i młodzież w województwie kujawsko-pomorskim.

W maju i czerwcu 2015 r. w ramach międzynarodowego projektu „European School Survey Project on Alcohol and Drugs” (ESPAD) zrealizowano audytoryjne badania ankietowe na próbie reprezentatywnej uczniów klas trzecich szkół gimnazjalnych (wiek 15 lat) oraz klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (wiek 17 lat). Zrealizowana próba uczniów województwa kujawsko-pomorskiego włączona do analiz liczyła 1005 uczniów trzecich klas gimnazjów oraz 1037 uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych. Wśród gimnazjalistów 51,2% stanowiły dziewczęta, zaś 48,8% - chłopcy. W grupie uczniów szkół ponadgimnazjalnych było 56,6% dziewcząt oraz 48,6% chłopców.

Celem badania był przede wszystkim pomiar natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych, ale także ocena czynników wpływających na rozpowszechnienie, ułożonych zarówno po stronie popytu na substancje, jak i ich podaży.

Napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży. Chociaż raz w ciągu całego swojego życia piło 87,9% uczniów z młodziej grupy i 97,4% uczniów ze starszej grupy. Picie napojów alkoholowych jest na tyle rozpowszechnione, że w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem piło 52,9% piętnasto- i szesnastolatków oraz 82,3% siedemnasto- i osiemnastolatków. Najbardziej popularnym napojem alkoholowym wśród całej młodzieży jest piwo, a najmniej – wino. Wysoki odsetek badanych przyznaje się do przekraczania progu nietrzeźwości. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem chociaż raz upiło się 13,4% uczniów z młodziej kohorty i 20,1% ze starszej

grupy wiekowej. W czasie całego życia ani razu nie upiło się tylko 61,5% uczniów młodszych i 33,5% uczniów starszych. Jak pokazały wyniki dotychczasowych badań ogólnopolskich picie alkoholu przez młodzież stało się niemal statystyczną normą. W czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem piło jakiegokolwiek napoje alkoholowe 77,2% młodszych uczniów i 95% uczniów starszych. Warto zauważyć, że odsetki konsumentów alkoholu, definiowanych jako osoby, które piły jakiegokolwiek napój alkoholowy w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem, w przypadku uczniów młodszych nie odbiegają znacznie od odsetków konsumentów stwierdzanych w badaniach na populacji osób dorosłych. W tym przypadku można odnotować różnicę między uczniami ze szkół gimnazjalnych z terenu województwa kujawsko-pomorskiego w porównaniu do uczniów z tej samej frakcji, z populacji generalnej. Na tym tle mniej dziwi wyższy odsetek konsumentów w klasach starszych - większość uczniów z tych klas w momencie badania zbliżała się do wieku dorosłości. Jedynie 5% uczniów z tej frakcji nie piło alkoholu 12 miesięcy przed badaniem.

Różnica między picciem alkoholu w czasie 12 miesięcy przed badaniem pomiędzy frakcjami młodszych i starszych uczniów wynosi niecałe 20%. Za wskaźnik względnie częstego używania alkoholu przyjęto picie w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Jakiegokolwiek napoje alkoholowe w tym czasie piło 52,9% uczniów z grupy młodszej i 82,3% uczniów z grupy starszej. Trzeba przypomnieć, że badanie było realizowane w maju i w pierwszej połowie czerwca. Okres ostatnich 30 dni przypadał zatem na drugą połowę kwietnia, maj i pierwszą połowę czerwca, w zależności od tego kiedy, który z badanych wypełniał ankietę. Okres ten nie obejmował zatem świąt, karnawału, czy wakacji, które jak można przypuszczać szczególnie sprzyjają okazjom do picia. Rozpowszechnienie picia alkoholu nie okazało się zróżnicowane ze względu na płeć, nawet jeśli bierzemy pod uwagę ostatnie 30 dni przed badaniem.

Wśród uczniów III klas szkół gimnazjalnych wskaźniki picia kiedykolwiek w życiu i w czasie 12 miesięcy przed badaniem są wyższe dla dziewcząt. Natomiast picie w czasie 30 dni przed badaniem jest praktycznie na tym samym poziomie wśród chłopców i dziewcząt (różnica na poziomie 0,1%). Wśród starszych uczniów to chłopcy częściej piją niż dziewczęta, jednak różnice są niewielkie, nieprzekraczające 3 punktów procentowych. Najmniejsze odnotowuje się w picciu kiedykolwiek w życiu, z kolei największe w picciu w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem.

Niewielkie różnice między płciami wskazują na proces homogenizacji wzorów picia związany z emancypacją dziewcząt, mimo że w naszej kulturze używanie alkoholu to raczej

domena mężczyzn. W dorosłej populacji w grupie abstynentów spotyka się wielokrotnie więcej kobiet, również spożycie alkoholu w tej grupie jest znacznie niższe niż wśród mężczyzn. W populacji młodzieży te proporcje są wyrównane. Porównując dane z poziomu województwa kujawsko-pomorskiego do danych z populacji generalnej można zaobserwować nieznacznie wyższe odsetki chłopców i dziewcząt pijących napoje alkoholowe. Jedynie dziewczęta z II klas szkół ponadgimnazjalnych z próby ogólnopolskiej piły niewiele więcej niż ich rówieśniczki z próby wojewódzkiej. Zarówno w trzecich klasach gimnazjów, jak wśród młodzieży starszej najwyższe odsetki konsumentów ma piwo, na drugim miejscu jest wódka, a dopiero na trzecim wino. Każdy z trzech typów napojów jest bardziej popularny w klasach ponadgimnazjalnych w porównaniu z klasami gimnazjalnymi. Wódkę w województwie kujawsko-pomorskim pije około 35% gimnazjalistów (co trzeci) i około 65% uczniów ze szkół ponadgimnazjalnych (częściej niż co drugi). Piwo piło prawie 60% gimnazjalistów i ponad 80% starszych uczniów, natomiast wino odpowiednio 22,1% i 39% badanych. Picie cydru i alko popów stanowiło raczej rzadkość wśród uczniów w porównaniu do picia piwa, wina i wódki. Rozpowszechnienie spożycia nie przekraczało 10%, z wyjątkiem 15% spożycia cydru wśród młodzieży ze starszej kohorty. Preferencje spożywanego alkoholu są podobne wśród chłopców jak i wśród dziewcząt zarówno z trzecich klas gimnazjum jak i z drugich klas szkół ponadgimnazjalnych. Stanu silnego upicia kiedykolwiek w życiu doświadczyło niecałe 40% młodszych uczniów oraz około 70% starszych. Co trzeci uczeń z III klasy gimnazjum i co drugi z II klasy szkoły ponadgimnazjalnej upił się w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem stanu silnego upicia doświadczył co siódmy uczeń w wieku 15-16 lat i co piąty w wieku 17-18 lat. Uczniowie z województwa kujawsko-pomorskiego częściej doświadczyli silnego upicia się niż uczniowie z próby ogólnopolskiej, zarówno ci z poziomu gimnazjum, jak również ci ze szkół ponad gimnazjalnych. Agregując wyniki nasilenia nietrzeźwości (od poziomu 7 do 10) można odnotować, że chłopcy o jedną trzecią częściej niż dziewczynki upijają się, zarówno na poziomie gimnazjum (odpowiednio 12% i 7,6%), jak i szkoły ponadgimnazjalnej (13,8% chłopców, 8,8% dziewcząt). Wśród gimnazjalistów najbardziej rozpowszechnią konsekwencją picia alkoholu były poważna kłótnia oraz zniszczenie rzeczy lub ubrania, której doświadczył co siódmy badany. Co dziesiąty uczeń III klasy gimnazjum doświadczył bójki, wypadku lub uszkodzenia ciała i kierował pojazdem po spożyciu alkoholu. Problemy, których rozpowszechnienie nie przekraczało 5% są związane z niechcianymi doświadczeniami seksualnymi, korzystaniem z pomocy medycznej z powodu wypadku lub uszkodzenia ciała

(3,1%), bycia ofiarą rabunku lub kradzieży (2,6%), korzystania z pomocy medycznej z powodu zatrucia alkoholem (2,4%), spowodowania wypadku będąc pod wpływem alkoholu (2,2%).

Wśród uczniów II klas szkół ponadgimnazjalnych rozpowszechnienie występowania problemów związanych z piciem jest większe. W tej grupie odnotowuje się dwa razy wyższe odsetki niż w młodszej kohorcie wśród najbardziej rozpowszechnionych problemów. Co trzeci uczeń z tej grupy doświadczył poważnej kłótni w związku z piciem, natomiast co czwarty zniszczenia rzeczy lub ubrania. Na trzecim miejscu znalazły się wypadki lub uszkodzenia ciała (16,4%), na czwartym bójka (14,7%), a na piątym seks bez zabezpieczenia (12,2%). Co dziesiąty badany z tej populacji po spożyciu alkoholu pływał, kierował pojazdem, miał kłopoty z policją lub dokonał samouszkodzenia. Najczęściej uczniowie II klas szkół ponadgimnazjalnych doświadczeni spowodowania wypadku będąc pod wpływem alkoholu, korzystania z pomocy medycznej z powodu zatrucia alkoholem lub z powodu wypadku lub uszkodzenia ciała, bycia ofiarą rabunku lub kradzieży i niechcianych doświadczeń seksualnych. Rozpowszechnienie tych problemów nie przekroczyło 5%.

W ocenie prawie połowy badanych z młodszej kohorty zdobycie piwa było bardzo łatwe, a co trzeci respondent za takie uznał zdobycie wina (36,8%) i wódki (33,9%). Można zauważyć, że większość badanych nie ma dużych trudności z dostępem do napojów alkoholowych i tytoniu, mimo że według polskiego prawa sprzedaż i podawanie używek nieletnim jest zabroniona.

Dostępność poszczególnych napojów alkoholowych i tytoniu w ocenach uczniów szkół ponadgimnazjalnych jest znacznie wyższa, co nie powinno dziwić, bowiem badany ze starszej grupy do pełnoletniości niewiele brakuje. Zgodnie z oczekiwaniami odsetki deklarujących łatwy dostęp największe są w przypadku tytoniu i piwa, a najmniejsze w przypadku wódki. Za bardzo łatwe do zdobycia uznało te substancje odpowiednio 72,9%, 78,22% i 67,3% uczniów. Substancje te były uznane za niemożliwe do zdobycia jedynie przez niewielkie odsetki (tytoń – 1,5%, piwo – 0,6 %, wino – 1,3% i wódkę – 1,4%).

Porównanie wyników odnoszących się do rozpowszechnienia picia napojów alkoholowych przez uczniów III klas szkół gimnazjalnych w latach 2011 i 2015 wskazuje na nieznaczny spadek odsetka badanych pijących kiedykolwiek w życiu oraz w okresie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Jednocześnie odnotowano nieznaczny wzrost pomiędzy dwoma pomiarami w picciu w ostatnich 30 dniach przed badaniem.

Wśród uczniów II klas szkół ponadgimnazjalnych obserwuje się nieznaczny wzrost we wszystkich wskaźnikach picia napojów alkoholowych – kiedykolwiek w życiu, w czasie

ostatnich 12 miesięcy i 30 dni przed badaniem. W przypadku tego ostatniego wskaźnika wzrost spożycia w ciągu tych 4 lat był znaczny i wyniósł 8,9%. W grupie uczniów ze starszej kohorty spożycie poszczególnych napojów alkoholowych wzrosło. Odnotowane wzrosty były znaczne. Najmniej wzrosło spożycie wina (o 6,9%), piwa (8,6%), a najbardziej wódki (11,9%).

Wskaźniki upijania się kiedykolwiek w życiu i w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem wśród uczniów z województwa kujawsko-pomorskiego obniżyły się na przestrzeni ostatnich 4 lat. Większe spadki odnotowano w grupie gimnazjalistów. Z kolei upijanie się w czasie ostatniego miesiąca przed badaniem w porównaniu do 2011 roku wzrosło w obu grupach. Różnice odnotowane po 4 latach nie przekraczają jednak 2%. Uczniowie trzecich klas gimnazjów częściej dostrzegają negatywne konsekwencje używania alkoholu niż badani z drugich klas szkół ponadgimnazjalnych, którzy z kolei dostrzegali głównie pozytywne skutki.

W grupie starszych uczniów największy wzrost związany z postrzeganiem ryzyka odnotowano w przypadku picia dużych ilości alkoholu w weekendy.

Można zauważyć, że większość badanych nie ma dużych trudności z dostępem do napojów alkoholowych i tytoniu. Jednak mimo tego, że alkohol powinien być niedostępny dla młodzieży ze względu na ich młody wiek odsetki sprzedaży świadczą, że sprzedawcy niezbyt często go weryfikują.

Chłopcy częściej niż dziewczynki upijają się, jednak wśród gimnazjalistów różnice zacierają się i nie przekraczają 3 punktów procentowych.

Młodzież z województwa kujawsko-pomorskiego upija się częściej niż rówieśnicy w pozostałej części kraju.

Uczniowie z województwa kujawsko-pomorskiego mniej restrykcyjnie niż badani z populacji generalnej byli traktowani przez rodziców, jeśli chodzi o picie alkoholu. Rodzice wykazywali się większym przyzwoleniem zarówno jeśli chodziło o picie w ich obecności, jak również bez ich uczestnictwa.

Dane z 2015 roku wskazują na nieznaczny trend wzrostowy w aktualnym używaniu alkoholu (w ostatnim miesiącu przed badaniem) w porównaniu do wyników uzyskanych w 2011 roku, szczególnie wśród 17-18 latków. W grupie tej odnotowano silny wzrost używania wszystkich rodzajów napojów alkoholowych – piwa, wina i wódki. W grupie gimnazjalistów na przestrzeni czterech lat można odnotować stabilizację trendu używania alkoholu, a w przypadku aktualnego picia minimalny wzrost.

Wysoka dostępność napojów alkoholowych przejawiająca się częstymi zakupami oraz relatywnie niskimi odsetkami odmów ze względu na młody wiek sugeruje wprowadzenie większych ograniczeń oraz edukacji sprzedawców. Zintensyfikowanie działań kontrolnych w tym zakresie, szczególnie jeśli chodzi o sprzedaż napojów wysokoprocentowych, wydaje się zatem nadal koniecznym uzupełnieniem działań profilaktycznych skierowanych na ograniczanie popytu na napoje alkoholowe wśród młodzieży. Ograniczenia sprzedaży napojów alkoholowych są jednym ze sposobów ograniczania spożycia alkoholu o potwierdzonej skuteczności. Zadanie to jest trudne, jeśli na terenie gmin istnieje silnie rozbudowana sieć sprzedaży napojów alkoholowych. Skuteczne ograniczenie dostępności fizycznej wiązałoby się zatem z jej ograniczeniem.

W ramach działalności szkolnej i środowiskowej ukierunkowanej na dzieci i młodzież, samorządy gminne realizowały na terenie szkół programy profilaktyczne. Według danych z ankiet PARPA-G1 w 2011 r. w szkolnych programach profilaktycznych dotyczących używania substancji psychoaktywnych uczestniczyło 70376 młodzieży, zaś w 2012 roku o 4622 osób mniej. Zwiększyła się liczba rodziców uczestniczących w realizacji szkolnych programów profilaktycznych dotyczących używania substancji psychoaktywnych. Zmniejszyła się liczba młodzieży uczestniczącej w innych szkolnych programach profilaktycznych dotyczących innych zachowań problemowych (np. agresji) na przełomie dwóch lat, gdyż w 2011 roku była to liczba 65103, zaś w 2012 roku 43480 osób. W 2011 r. wysokość środków finansowych przeznaczonych w budżetach gmin w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych na realizację szkolnych programów profilaktycznych wynosiła 1.014.024,16 zł, zaś w 2012 roku zwiększyła się do sumy 1.152.103,92 zł.

Dane pokazują, że w 2013 roku na 140 gmin, które złożyło sprawozdanie PARPA-G1 tylko w 46 gminach były prowadzone programy profilaktyczne rekomendowane przez KBPN, ORE i PARPA. Uczestniczyło w nich 23016 dzieci i młodzieży, 1406 nauczycieli oraz 5213 rodziców. Na rekomendowane programy wydatkowano kwotę 410.608,00 zł z budżetów gmin.

Z informacji otrzymanych od gmin wynika, że w województwie kujawsko-pomorskim w 2013 roku podejmowano różne formy działań profilaktycznych tj. prelekcje, pogadanki, spektakle profilaktyczne, imprezy plenerowe, konkursy plastyczne, literackie, muzyczne, warsztaty. Największe dofinansowanie uzyskiwały imprezy plenerowe i festyny w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, w 2013 roku

była to kwota 545.375,00 zł. Najmniejsze środki finansowe zostały przekazane przez gminy na programy i przedsięwzięcia profilaktyczne opracowywane i realizowane przez młodzież. W 2013 roku gminy przeznaczyły na te zadanie kwotę w wysokości 36.438,00 zł.

W gminach w województwie kujawsko-pomorskim uruchomione były świetlice, które realizowały program socjoterapeutyczny jak i opiekuńczo-wychowawczy. W 2011 roku działało 120 świetlic z programem socjoterapeutycznym, w 2012 roku nieco mniej, bo 106. W zajęciach uczestniczyło w 2011 roku 1717 dzieci i młodzieży, z czego 268 było z rodzin alkoholowych, zaś w 2012 roku udział wzięło 4156 dzieci i młodzieży, w tym 226 było z rodzin alkoholowych. Na zadania realizowane w tych świetlicach w 2011 roku wydatkowano kwotę w wysokości 2.697.451,03 zł, zaś w 2012 roku kwota była niższa i wynosiła 2.484.246,95 zł. W 2011 r. uruchomionych zostało 295 świetlic z programem opiekuńczo-wychowawczym, zaś w 2012 roku liczba ta zwiększyła się do 299. W zajęciach odbywających się w świetlicach realizujących program opiekuńczo-wychowawczy w 2011 roku wzięło udział 8258 dzieci i młodzieży, z czego 3286 z rodzin alkoholowych, zaś w 2012 roku uczestniczyło 8567, w tym 3214 z rodzin z problemem alkoholowym.

Polityka prozdrowotna gmin w odniesieniu do młodzieży powinna być nastawiona na profilaktykę i zmniejszanie szkód powstałych na skutek eksperymentowania z substancjami psychoaktywnymi, w tym z alkoholem. Niestety analizując lata 2011-2013 możemy zauważyć, że liczba programów interwencyjno-profilaktycznych z roku na rok znacznie spadła, a wysokość środków finansowych przeznaczonych na zadania również znacznie się pomniejszyła. Dla przykładu w 2011 roku na programy wydatkowano kwotę 177.300,00 zł, zaś w 2013 roku była to kwota 46.760,00 zł. Pociuszającym faktem jest to, że wzrosła aktywność rodziców, którzy z roku na rok coraz chętniej uczestniczą w zajęciach o charakterze interwencyjno-profilaktycznym.

6.Naruszenie prawa w związku z alkoholem

W 2014 r. w Polsce ujawniono 141203 osoby kierujące pod wpływem alkoholu. W porównaniu z 2013 r. liczba ujawnionych zmniejszyła się o 21974. Jednym z czynników mających wpływ na zmniejszenie zjawiska nietrzeźwości na drogach jest sukcesywny wzrost kontroli policyjnych. W 2014 r. przeprowadzono ponad 15 mln badań stanu trzeźwości. W czasie kontroli z powodu jazdy pod wpływem alkoholu zatrzymano 40877 praw jazdy na ogólną liczbę 62034 zatrzymanych uprawnień (co stanowi 66% zatrzymań praw jazdy).

W 2014 r. Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego w ramach kampanii „Prawda o alkoholu” przekazał Wojewódzkim Ośrodkom Ruchu Drogowego w województwie materiały informacyjne: „Jazda po alkoholu to droga do katastrofy”, „Picie alkoholu można ograniczyć. Czy mam problem z alkoholem?”, „Pijany kierowca to śmiertelne zagrożenie!”, „Jazda po pijanemu? Nie ryzykuj”.

Z danych KWP w Bydgoszczy wynika, iż procent nietrzeźwych biorących udział w różnych kategoriach przestępstw wśród osób dorosłych utrzymuje się na poziomie 60% i więcej, a w kategoriach takich jak zabójstwo czy przestępstwo przeciwko funkcjonariuszom publicznym przekracza nawet 80%. Tylko przy kradzieżach wynosi on około 35 %. Udział osób nietrzeźwych biorących udział w przestępstwach w latach 2013 i 2014 utrzymywał się na podobnym poziomie.

Zupełnie inaczej wyglądała sytuacja jeśli chodzi o procent nietrzeźwych osób nieletnich biorących udział w przestępstwach. Tutaj procentowy udział wahał się od 0% do 25% i utrzymywał się na podobnym poziomie w latach 2013-2014. Znaczna różnica ujawniła się tylko w takich kategoriach jak rozbój, kradzież rozbójnicza, wymuszenie rozbójnicze, gdzie od 0% w 2013 r. udział młodzieży w przestępstwie wzrósł do 26,66% w 2014 r. oraz w przestępstwie przeciwko funkcjonariuszom publicznym podniósł się z 9,52% w 2013 r. do 23,07% w 2014 r. (tabela 1).

Tabela 1. Podejrzani wg stanu trzeźwości w wybranych kategoriach przestępstw w latach 2013-2014.

(dane na podstawie systemu analitycznego KWP w Bydgoszczy)

Wybrane kwalifikacje prawne	Rok	Podejrzani dorośli			% nietrzeźwych wśród zbadanych podejrzanych	Nieletni sprawcy			% nietrzeźwych wśród zbadanych nieletnich
		Ogółem	Ustalono stan trzeźwości	W tym nietrzeźwi		ogółem	Ustalono stan trzeźwości	W tym nietrzeźwi	
Zabójstwo	2013	19	12	9	75	1	1	0	0
	2014	17	11	9	81,81	0	0	0	0
Uszczerbek na zdrowiu	2013	299	132	80	60,60	131	32	2	6,25
	2014	351	138	83	60,14	82	20	1	5
Udział w bóje lub pobiciu	2013	430	174	131	75,28	121	33	3	9,09
	2014	401	150	101	67,33	97	12	1	8,33

Zgwałcenie	2013	36	17	10	58,82	2	0	0	0
	2014	48	16	10	62,5	1	0	0	0
Kradzież cudzej rzeczy	2013	2214	929	320	34,44	283	72	6	8,33
	2014	1835	670	230	34,32	167	45	1	2,22
Rozbój, kradzież rozbójnicza, wymuszenie rozbójnicze	2013	333	134	86	64,17	69	15	0	0
	2014	330	152	108	71,05	47	15	4	26,66
Uszkodzenie rzeczy	2013	636	353	271	76,77	82	21	5	23,80
	2014	538	306	240	78,43	77	15	3	20
Przeciwko funkcjonariuszom publicznym	2013	510	401	346	86,28	52	21	2	9,52
	2014	598	488	403	82,58	54	13	3	23,07

Z danych WRD KWP w Bydgoszczy wynika, iż ogólna liczba ujawnionych nietrzeźwych kierowców na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w 2014 r. znacznie spadła w porównaniu do 2013 r. Na 19 powiatów w 3 liczba ujawnionych nietrzeźwych kierowców utrzymała się na podobnym poziomie, tylko w 1 (aleksandrowskim) wzrosła, natomiast w 15 zmalała (tabela 2).

Tabela 2. Ujawnieni nietrzeźwi kierujący w latach 2013-2014 na terenie podległym KMP/KPP woj. kujawsko-pomorskiego.

(dane uzyskane z WRD KWP w Bydgoszczy KWP w Bydgoszczy)

Jednostka	Ujawnione przestępstwa w 2013r.			Ujawnione przestępstwa w 2014r.		
	178a§1	178a§2	178a§1i2	178a§1	178a§2	178a§1i2
KMP BYDGOSZCZ	645	417	1062	677	131	808
KMP GRUDZIĄDZ	227	102	329	236	60	296
KMP TORUŃ	433	448	881	636	222	858
KMP WŁOCŁAWEK	422	343	765	466	20	486

KPP ALEKSANDRÓW	120	246	366	114	320	434
KPP BRODNICA	181	202	383	199	186	385
KPP CHEŁMNO	123	118	241	119	49	168
KPP GOLUB -DOBRZYŃ	98	149	247	89	50	139
KPP INOWROCŁAW	230	141	371	263	24	287
KPP LIPNO	176	171	347	182	152	334
KPP MOGILNO	78	95	173	71	46	117
KPP NAKŁO	184	180	364	179	55	234
KPP RADZIEJÓW	100	132	232	95	54	149
KPP RYPIN	90	110	200	97	41	138
KPP SĘPÓLNO	78	131	209	117	52	169
KPP ŚWIECIE	226	251	477	239	88	327
KPP TUCHOLA	101	114	215	91	58	149
KPP WĄBRZEŻNO	85	156	241	70	89	159
KPP ŻNIN	171	185	356	151	101	252
RAZEM	3768	3691	7459	4091	1798	5889

Inaczej wygląda sytuacja, jeśli chodzi o prowadzenie pojazdów w stanie po użyciu alkoholu, tu liczba ujawnionych wykroczeń na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w 2014 r. wzrosła w porównaniu do 2013 r. W 5 powiatach pozostała na porównywalnym poziomie, w 4 zmalała, aż w 10 wzrosła. (tabela 3). Na podstawie danych przesłanych przez Straż Miejską w Grudziądzu ilość osób popełniających wykroczenia po spożyciu alkoholu w I półroczu 2015 r. wynosiła 2892, natomiast według danych Straży Miejskiej z Włocławka w tym samym okresie czasu liczba wykroczeń spowodowanych pod wpływem alkoholu wynosiła 1050 osób.

Tabela 3. Ujawnieni kierujący w staniu po użyciu alkoholu w latach 2013-2014 na terenie podległym KMP/KPP woj. kujawsko-pomorskiego.

(dane uzyskane z WRD KWP w Bydgoszczy)

Jednostka	Ujawnione wykroczenia w 2013r.			Ujawnione wykroczenia w 2014r.		
	87§1	87§2	87§1i2	87§1	87§2	87§1i2
KMP BYDGOSZCZ	151	49	200	393	49	442
KMP GRUDZIĄDZ	98	20	118	109	14	123
KMP TORUŃ	169	96	265	274	60	334
KMP WŁOCŁAWEK	106	17	123	151	5	156
KPP ALEKSANDRÓW	28	48	76	32	41	73
KPP BRODNICA	56	58	114	84	39	123
KPP CHEŁMNO	36	16	52	62	19	81
KPP GOLUB -DOBRZYŃ	6	5	11	15	6	21
KPP INOWROCŁAW	31	5	36	70	7	77
KPP LIPNO	44	36	80	27	16	43
KPP MOGILNO	16	18	34	20	11	31
KPP NAKŁO	28	11	39	47	5	52
KPP RADZIEJÓW	17	19	36	27	11	38
KPP RYPIN	13	14	27	19	6	25
KPP SĘPÓLNO	16	12	28	26	1	27
KPP ŚWIECIE	44	46	90	48	11	59
KPP TUCHOLA	15	20	35	29	17	46
KPP WĄBRZEŻNO	26	56	82	24	12	36
KPP ŻNIN	51	31	82	61	16	77
RAZEM	951	577	1528	1518	346	1864

III. CELE I DZIAŁANIA WOJEWÓDZKIEGO PROGRAMU PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH W WOJEWÓDZTWIE KUJAWSKO-POMORSKIM W LATACH 2016-2020

Cel główny: Ograniczenie skali występowania negatywnych zjawisk życia społecznego związanych z nadużywaniem alkoholu

Cel operacyjny 1. Rozwój działań profilaktycznych i edukacyjnych ograniczających szkody o charakterze rodzinnym, społecznym, zdrowotnym związanych z nadużywaniem alkoholu.

Planowane działania	Realizatorzy	Wskaźniki realizacji celów
1.1. Wdrażanie i upowszechnianie rekomendowanych programów profilaktycznych opartych na skutecznych strategiach oddziaływań.	Samorząd województwa, samorządy gminne i powiatowe, organizacje pozarządowe, Kuratorium Oświaty, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej	1. Liczba działań upowszechniających rekomendowane programy profilaktyczne.
1.2. Wspieranie kampanii i działań edukacyjnych mających na celu zwiększenie wiedzy na temat szkód wynikających z picia alkoholu, w tym w szczególności przez kobiety w ciąży oraz prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu.		1. Liczba zrealizowanych kampanii i działań edukacyjnych.
1.3. Podejmowanie działań profilaktycznych z obszaru profilaktyki selektywnej i wskazującej, adresowanych do grup ryzyka i młodych ludzi eksperymentujących z alkoholem.		1. Liczba programów realizujących profilaktykę selektywną i wskazującą. 2. Liczba osób objętych programami profilaktyki selektywnej i wskazującej.

		<p>3. Wysokość środków przeznaczonych na realizację profilaktyki selektywnej i wskazującej.</p>
<p>1.4. Wspieranie działań z obszaru profilaktyki uniwersalnej i związanych z kreowaniem zdrowego stylu życia.</p>		<p>1. Liczba programów realizujących profilaktykę uniwersalną.</p> <p>2. Liczba osób objętych programami profilaktyki uniwersalnej.</p> <p>3. Liczba młodzieży uczestniczącej w programach profilaktycznych realizowanych na terenie szkół, placówek opiekuńczo-wychowawczych, itp.</p>
<p>1.5. Upowszechnianie programów edukacyjnych adresowanych do rodziców, zwiększających ich kompetencje wychowawcze w obszarze profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci.</p>		<p>1. Liczba programów edukacyjnych adresowanych do rodziców.</p> <p>2. Liczba rodziców objętych programami edukacyjnymi.</p>

<p>1.6.Rozwijanie wsparcia środowiskowego dla dzieci z rodzin problemem alkoholowym (świetlice socjoterapeutyczne, świetlice z programem opiekuńczo wychowawczym, inne miejsca wsparcia).</p> <p>Upowszechnianie działań profilaktycznych, edukacyjnych i terapeutycznych dla dzieci i młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym.</p>		<p>1. Liczba świetlic realizujących program socjoterapeutyczny lub opiekuńczo-wychowawczy. otrzymujących wsparcie.</p> <p>2. Liczba dzieci i młodzieży biorących udział w zajęciach odbywających się w ww. świetlicach.</p>
<p>1.7. Organizowanie szkoleń dla różnych grup zawodowych w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych (m.in. pracowników oświaty, policjantów, straży miejskiej, kuratorów sądowych, pracowników świetlic).</p>		<p>1. Liczba szkoleń dla różnych grup zawodowych.</p> <p>2. Liczba uczestników szkoleń.</p>
<p>1.8.Upowszechnianie programów pomocy psychologicznej, terapeutycznej, samopomocy dla ofiar przemocy w rodzinach z problemem alkoholowym.</p>		<p>1.Liczba placówek/miejsc udzielających pomocy dorosłym i dzieciom - ofiarom przemocy w rodzinie z problemem alkoholowym.</p>

1.9. Organizowanie szkoleń dla przedstawicieli służb działających w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinach z problemem alkoholowym.		1. Liczba szkoleń przygotowujących do pracy z ofiarami przemocy w rodzinie - dorosłymi i dziećmi.
1.10. Przeciwdziałanie sprzedaży alkoholu nieletnim poprzez organizację szkoleń dla sprzedawców napojów alkoholowych.		1. Liczba zorganizowanych szkoleń. 2. Liczba uczestników szkoleń.

Cel operacyjny 2. Rozwój współpracy z instytucjami i organizacjami działającymi na rzecz rozwiązywania problemów alkoholowych

Planowane działania	Realizatorzy	Wskaźniki realizacji celów
<p>2.1. Wspieranie i udzielanie pomocy samorządom gminnym i powiatowym oraz organizacjom pozarządowym w realizacji zadań w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, w szczególności poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> - organizację porad, konferencji, szkoleń, seminariów, - prowadzenie konsultacji merytorycznych, - doradztwo, wymianę doświadczeń. 	<p>Samorząd województwa, samorządy gminne, powiatowe, organizacje pozarządowe, Kuratorium Oświaty, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej, Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współzależnienia (WOTUiW), placówki leczenia uzależnień, Policja, Straż Miejska, centra integracji społecznej</p>	<p>1. Liczba zorganizowanych porad, konferencji, szkoleń, seminariów. 2. Liczba uczestników porad, konferencji, szkoleń, seminariów. 3. Nakłady finansowe przeznaczone na organizację/współorganizację porad/ konferencji, szkoleń, seminariów. 4. Liczba i rodzaj przeprowadzonych badań (m.in. ESPAD).</p>

<p>2.2.Wspieranie organizacji prowadzących działalność pożytku publicznego w obszarze przeciwdziałania uzależnieniom poprzez zlecenie zadań publicznych w ramach otwartych konkursów ofert oraz w tzw. trybie uproszczonym.</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba ofert złożonych w ramach konkursów. 2. Liczba ofert wybranych do realizacji w ramach konkursów. 3. Liczba podmiotów, które złożyły oferty w ramach konkursów. 4. Liczba podmiotów, którym przyznano dofinansowanie w ramach konkursów. 5. Wysokość środków przekazanych organizacjom w ramach konkursów. 6. Liczba ofert złożonych w ramach trybu uproszczonego. 7. Liczba ofert wybranych do realizacji w ramach trybu uproszczonego. 8. Liczba podmiotów, które złożyły oferty w ramach trybu uproszczonego. 9. Liczba podmiotów, którym przyznano dofinansowanie w ramach trybu uproszczonego.
---	--	---

		10. Wysokość środków przekazanych organizacjom w ramach trybu uproszczonego.
2.3. Upowszechnianie dobrych praktyk - rozwijanie i inicjowanie współpracy.		1. Liczba partnerów, z którymi prowadzono wspólne projekty.
2.4. Wspieranie organizacji samopomocowych, abstyntenckich, kościelnych oraz punktów konsultacyjnych.		1. Liczba organizacji samopomocowych i stowarzyszeń abstyntenckich (klubów abstynenta). 2. Liczba punktów konsultacyjnych 3. Liczba projektów realizowanych przez stowarzyszenia abstyntenckie oraz organizacje kościelne 4. Nakłady finansowe przeznaczone na realizację projektów realizowanych przez stowarzyszenia abstyntenckie oraz organizacje kościelne.
2.5. Prowadzenie i rozwijanie strony internetowej dotyczącej problematyki uzależnień.		1. Liczba informacji umieszczanych na stronie.

3. Cel operacyjny: Rozwój systemu pomocy dla osób pijących szkodliwie, osób uzależnionych od alkoholu, uzależnionych behawioralnie oraz ich rodzin.

Planowane działania	Realizatorzy	Wskaźniki realizacji celów
<p>3.1.Rozwój oferty programów pomocy psychologicznej, terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu, współuzależnionych, DDA, z podwójną diagnozą oraz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, rodzin w kryzysie oraz uzależnień behawioralnych w placówkach odwykowych i zakładach karnych.</p> <p>Wdrażanie oferty programów pogłębionej psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu.</p>	<p>Podmioty świadczące działalność leczniczą, placówki leczenia uzależnień, organizacje pozarządowe, WOTUiW, samorząd województwa, samorząd gminy i powiatu.</p>	<p>1. Wysokość nakładów finansowych przeznaczonych przez samorząd województwa na realizację zadań pozaleczniczych Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia oraz na wspieranie programów pomocowych, w tym redukcji szkód</p> <p>2.Liczba zakładów leczenia odwykowego objętych programami konsultacyjno-superwizyjnymi</p> <p>3.Liczba wspieranych programów dla pacjentów w placówkach terapii uzależnień.</p>
<p>3.2.Podnoszenie kwalifikacji pracowników leczenia odwykowego, służby zdrowia oraz instytucji z obszaru rozwiązywania problemów społecznych i uzależnień.</p>		<p>1.Liczba działań edukacyjnych (konferencji, seminariów, warsztatów) uczących różnorodnych metod leczenia osób uzależnionych (w tym psychoterapii).</p> <p>2. Liczba szkoleń i przeszkolonych pracowników służby zdrowia w obszarze</p>

		<p>rozpoznawania problemów alkoholowych i podejmowania interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie.</p> <p>3.Liczba przeszkolonych terapeutów uzależnień.</p>
<p>3.3.Rozwój i modernizacja bazy materialnej ambulatoryjnych i stacjonarnych placówek prowadzących leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od alkoholu, współuzależnionych.</p>		<p>1.Nakłady finansowe przeznaczone na rozwój placówek leczenia uzależnień (ambulatoryjnych i stacjonarnych), rozbudowę, remonty i wyposażenie.</p> <p>2.Nakłady finansowe przeznaczone na zapewnienie odpowiednich warunków lokalowych dla podmiotów wykonujących świadczenia w zakresie uzależnień.</p> <p>3.Liczba placówek stacjonarnych leczenia uzależnień.</p> <p>4.Liczba placówek ambulatoryjnych.</p> <p>5.Liczba zatrudnionych w placówkach specjalistów psychoterapii uzależnień, psychiatrów, psychologów.</p> <p>6. Liczba prowadzonych</p>

		<p>superwizji i konsultacji placówek terapii uzależnień.</p> <p>7.Liczba placówek dla osób z podwójną diagnozą i dla osób uzależnionych z innymi współwystępującymi dysfunkcjami.</p>
<p>3.4.Wspieranie i rozwój leczenia dla dzieci z FAS i innymi zaburzeniami związanymi z piciem alkoholu przez kobiety w okresie ciąży oraz pomocy dla rodziców i opiekunów dzieci z FASD.</p>		<p>1.Liczba placówek leczenia dzieci i młodzieży z FASD.</p> <p>2.Nakłady finansowe poniesione na pomoc dla dzieci z FASD i ich rodzin.</p> <p>3.Liczba szkoleń dla profesjonalistów w zakresie pomocy dzieciom z FASD i ich rodzinom.</p> <p>4.Liczba uczestników szkoleń w zakresie pomocy dzieciom z FASD.</p>
<p>3.5.Rozwój wsparcia w zakresie rehabilitacji, postrehabilitacji oraz readaptacji społeczno-zawodowej dla osób uzależnionych od alkoholu oraz ich rodzinom w trakcie leczenia i po zakończonej terapii uzależnień.</p>		<p>1.Nakłady finansowe poniesione na readaptację osób po zakończonej terapii uzależnienia.</p> <p>2.Liczba działań nakierowanych na readaptację społeczną osób uzależnionych po zakończonym leczeniu odwykowym.</p> <p>3.Liczba hosteli dla osób uzależnionych od alkoholu.</p>

Oczekiwanymi efektami realizacji Programu będą:

- Poszerzenie kompetencji związanych z profilaktyką i terapią przez profesjonalistów w obszarze rozwiązywania problemów alkoholowych.
- Promowanie programów rekomendowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Ośrodek Rozwoju Edukacji i Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz wprowadzanie do pracy profilaktycznej skierowanej do dzieci i młodzieży w szkołach, jak i w świetlicach. Zaangażowanie nauczycieli i rodziców w realizację programów profilaktycznych.
- Zwiększenie współpracy w realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i efektywności działań gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.
- Zwiększenie dostępności profesjonalnej terapii i rehabilitacji dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin oraz osób szkodliwie używających alkoholu.
- Profesjonalne funkcjonowanie Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia oraz innych placówek leczenia odwykowego na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.
- Podniesienie wiedzy społeczeństwa województwa kujawsko-pomorskiego w obszarze ograniczenia zjawiska i skutków picia alkoholu ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w ciąży oraz młodzieży.
- Wsparcie działań środowisk wzajemnej pomocy i stowarzyszeń abstynenckich.
- Przeciwdziałanie marginalizacji i wykluczeniu społecznemu poprzez realizację programów w readaptacji społecznej w np. klubach integracji społecznej, klubach abstynenta i innych.

IV. FINANSOWANIE PROGRAMU

Środki na finansowanie wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych ujmowane są w budżecie województwa kujawsko-pomorskiego w dziale 851-ochrona zdrowia, rozdziale 85154-przeciwdziałanie alkoholizmowi.

Na realizację zadań określonych w programie samorząd województwa przeznacza środki pochodzące w szczególności z opłat za wydanie:

- 1) zezwoleń na obrót hurtowy napojami alkoholowymi o zawartości do 4,5% alkoholu oraz piwem,
- 2) zezwoleń na obrót hurtowy napojami alkoholowymi o zawartości powyżej 4,5% do 18% alkoholu,
- 3) decyzji wprowadzających w zezwoleniach zmiany,
- 4) duplikatów zezwoleń.

Z powyższych opłat finansowany jest również „Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii w Województwie Kujawsko-Pomorskim do roku 2016”.

Tabela 4. Wysokość środków planowanych na realizację wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych na lata 2016-2020 (rozdział 85154)

Lp.	Harmonogram działań	Plan na 2016	Plan na 2017	Plan na 2018	Plan na 2019	Plan na 2020
1.	<p>„Przeciwdziałanie alkoholizmowi i innym uzależnieniom”</p> <p>Zadanie obejmuje m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - realizację szkoleń, konferencji dla różnych grup zawodowych, - działania pozalecznicze Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnienia, -dofinansowanie centrum integracji społecznej, - akcje profilaktyczne, - kampanie społeczne. 	60.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00	90.000,00
2.	<p>Granty – „Rozwiązywanie problemów alkoholowych w województwie kujawsko-pomorskim”</p> <p>Otwarty konkurs ofert dla podmiotów prowadzących działalność w sferze pożytku publicznego</p> <p>Tryb uproszczony 20.000,00 zł.</p>	260.000,00	280.00,00	280.00,00	280.00,00	280.00,00

3.	Granty – „Aktywizacja środowisk wiejskich w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, narkomanii i uzależnień” - Otwarty konkurs ofert dla podmiotów prowadzących działalność w sferze pożytku publicznego	70.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00
	Razem	390.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00

V. ZASADY REALIZACJI PROGRAMU

1. Zadania Wojewódzkiego Programu winny być bezpośrednio powiązane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych.
2. Program realizowany jest przez biuro właściwe ds. uzależnień. W celu realizacji programu biuro współpracuje z instytucjami publicznymi i organizacjami pozarządowymi.
3. Realizacja celów programowych zostanie powierzona osobom z właściwymi kwalifikacjami i instytucjom działającym w obszarze przeciwdziałania alkoholizmowi.
4. Nadzór i kontrolę nad przygotowaniem, realizacją konkretnych zadań oraz gospodarowaniem środkami publicznymi sprawuje Zarząd Województwa poprzez biuro właściwe ds. uzależnień.
5. Środki na realizację zadań wynikających z Programu ujęte zostaną w budżecie Województwa.
6. Program Wojewódzki jest otwarty i może być wzbogacony o nowe treści.
7. Realizacja poszczególnych zadań może przybierać różne formy, w tym otwartych konkursów ofert na wykonanie zadań publicznych związanych z realizacją zadań samorządu województwa w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych przez organizacje prowadzące działalność pożytku publicznego.

Źródła danych:

1. Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w województwie kujawsko-pomorskim w samorządach gminnych w latach 2011-2013 - ankiety PARPA-G1-zestawienie statystyczne.
2. Sprawozdanie z wykonania ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi we okresie od 1.01-31.12.2014r. opracowane przez Ministra Zdrowia.
3. „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2015 roku.” Instytut Psychiatrii i Neurologii
4. „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z badań ankietowych zrealizowanych w województwie kujawsko-pomorskim w 2011 roku.” Instytut Psychiatrii i Neurologii.
5. Informacja z Komendy Wojewódzkiej Policji w Bydgoszczy.
6. Informacja z Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Toruniu.

Załącznik:

1. Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w województwie kujawsko-pomorskim w samorządach gminnych w latach 2011-2013 - ankiety PARPA-G1-zestawienie statystyczne.