

Załącznik
do uchwały Nr XXIX/494/12
Sejmiku Województwa
Kujawsko-Pomorskiego
z dnia 17 grudnia 2012 r.

Samorząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego

**WOJEWÓDZKI PROGRAM PROFILAKTYKI
I ROZWIĄZYWANIA
PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH
W WOJEWÓDZTWIE KUJAWSKO-POMORSKIM
do roku 2015**

TORUŃ 2012

SPIS TREŚCI :

	Strona
1. Podstawy prawne Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych do roku 2015	3
2. Charakterystyka problemów alkoholowych z uwzględnieniem specyfiki województwa kujawsko-pomorskiego	4
2.1 Diagnoza problemów związanych z używaniem alkoholu w województwie kujawsko-pomorskim	4
2.2 Diagnoza używania alkoholu przez dzieci i młodzież w województwie kujawsko-pomorskim	6

2.3	Ewaluacja realizacji Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Narkomanii, Innych Uzależnień oraz HIV/AIDS w Województwie Kujawsko-Pomorskim w latach 2006-2010	14
2.4	System monitorowania działań	33
3.	Cele i działania Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych do roku 2015	33
3.1	Ogólne założenia Programu	33
3.2	Cele, działania, beneficjenci oraz wskaźniki efektywności Programu	34
3.3	Finansowanie Programu	42
3.4	Zalecenia realizacji Programu	42
3.5	Oczekiwane efekty realizacji Programu	43
3.6	Konsultacje Programu	44

1. PODSTAWY PRAWNE WOJEWÓDZKIEGO PROGRAMU PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH DO ROKU 2015

Tworzenie i realizacja Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych do roku 2015 wynika z następujących aktów prawnych:

- Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473 z późn. zm.),
- Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015,

- Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2010 r. Nr 234, poz. 1536 z późn. zm.),
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240 z późn. zm.),
- Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759 z późn. zm.).

Organ wykonawczy samorządu województwa:

- a) odpowiada za koordynację przygotowania Wojewódzkiego Programu i jego realizację;
- b) udziela pomocy merytorycznej podmiotom realizującym zadania objęte Wojewódzkim Programem;
- c) współdziała z innymi organami administracji publicznej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych.

W celu realizacji zadań Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego może powoływać właściwego Pełnomocnika.

Zakres udzielonego pełnomocnictwa Pełnomocnika Zarządu Województwa ds. Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom oraz HIV/AIDS obejmuje:

- a) inicjowanie i koordynację działań o zasięgu wojewódzkim dotyczącym profilaktyki i przeciwdziałania uzależnieniom;
- b) monitorowanie problemów uzależnień na terenie województwa;
- c) propagowanie nowoczesnych programów profilaktycznych w środowiskach wychowawczych i w grupach podwyższonego ryzyka;
- d) przeciwdziałanie uzależnieniom i HIV/AIDS;
- e) wspieranie na poziomie merytorycznym i organizacyjnym rozwoju edukacji publicznej i szkolenia przedstawicieli różnych zawodów w zakresie przedmiotowym;
- f) wspieranie na poziomie merytorycznym oraz propagowanie nowoczesnych programów profilaktyki i przeciwdziałania uzależnieniom oraz HIV/AIDS na szczeblu województwa i gminnym;
- g) wspieranie i opiniowanie na poziomie merytorycznym programów realizowanych przez instytucje i podmioty pozarządowe, zajmujące się profilaktyką i przeciwdziałaniem uzależnieniom oraz środowisk wzajemnej pomocy;
- h) organizowanie i prowadzenie szkoleń, konferencji, seminariów, sympozjów w zakresie przedmiotowym.

2. CHARAKTERYSTYKA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH Z UWZGLĘDNIENIEM SPECYFIKI WOJEWÓDZTWA

2.1. Diagnoza problemów związanych z używaniem alkoholu w województwie kujawsko-pomorskim

Blisko 31% Polaków i 6% Polek nadużywa alkoholu, tzn. pije alkohol w sposób powodujący szkody zdrowotne, psychologiczne i społeczne. Do grupy tej zalicza się osoby nieuzależnione (określane jako pijące szkodliwie) i uzależnione od alkoholu. Kryteria szkodliwego spożywania alkoholu spełnia 14%, tj. 3 mln 600 tys. zaś uzależnienia - 3,3%, tj. 850 tys. dorosłych mieszkańców naszego kraju w wieku 18-65 lat. Blisko 40% Polaków pijących alkohol przyznaje się do upicia się w ciągu ostatniego roku, przy czym co 20 konsument alkoholu upija się raz w ciągu tygodnia /dane PARPA 2011/. Według Światowej Organizacji Zdrowia alkohol znajduje się na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji, a ponad 60 rodzajów chorób i urazów wiąże się z jego spożyciem.

W systemie opieki psychiatrycznej liczba osób leczonych z powodu zaburzeń wynikających ze spożycia alkoholu jest blisko 6 razy większa niż liczba osób leczonych z powodu zaburzeń wynikających z zażywania innych niż alkohol substancji psychoaktywnych (260.920 vs 49.908 dane IPIŃ). Wskaźnik hospitalizacji zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu (łącznie z psychozami) wynosił 275 na 100 tys. ludności. W województwie kujawsko-pomorskim kształtował się na poziomie 171 na 100 tys. Wysokość wskaźników rozpowszechnienia hospitalizacji czy leczenia zaburzeń poalkoholowych w lecznictwie ambulatoryjnym w poszczególnych województwach nie jest prostym odzwierciedleniem potrzeb zdrowotnych. Są one również pochodną dostępności świadczeń specjalistycznych w tym obszarze. Dostępność zaś jest efektem lokalnej polityki zdrowotnej zmierzającej do tworzenia bazy poszczególnych typów placówek na terenie województw oraz wynikiem polityki kontraktowania świadczeń w zakresie leczenia uzależnienia od alkoholu prowadzonej przez wojewódzkie oddziały NFZ.

Istnieje wysoka zależność między uzależnieniem od alkoholu a bezrobociem, niższym statusem socjoekonomicznym, wypadkami i przemocą interpersonalną.

W 2010 r. Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego zlecił Korporacji Badawczej *Pretendent* z Wrocławia przeprowadzenie badania dotyczącego problemów uzależnień od środków psychoaktywnych (alkohol, nikotyna, narkotyki, dopalacze) oraz przeciwdziałania

HIV/AIDS wśród dorosłych mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego. Badanie miało na celu diagnozę szeroko rozumianego problemu używania alkoholu.

Uwaga badaczy skupiła się na bezpośrednim poznaniu historii kontaktów respondentów z takimi używkami jak: alkohol, tytoń, narkotyki oraz szeroko pojętymi „dopalaczami”. Sprawdzano również wiedzę badanych na temat problematyki związanej z HIV i AIDS.

Badanie przeprowadzono na reprezentatywnej grupie 500 dorosłych w listopadzie 2010 r., narzędziem badawczym była ankieta składająca się z 59 pytań.

Respondentom zostały zadane pytania dotyczące wielu kwestii: od ich opinii na temat używania tych środków, przez konsumpcję substancji psychoaktywnych (m.in. częstotliwość, jakość, okoliczności temu towarzyszących), stosunek do osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, sposobów postępowania z takimi osobami, aż do stykania się z konsekwencjami nadużywania alkoholu czy narkotyków (agresja, przemoc w rodzinie). Ponadto badanie miało na celu oszacowanie poziomu wiedzy mieszkańców na temat miejsc służących pomocą osobom uzależnionym oraz ich rodzinom.

W badanej populacji 48,4% respondentów deklarowało, iż nie spożywa alkoholu. Pozostałe 51,6% spożywa napoje alkoholowe z różną częstotliwością, jednak najczęściej jest to w domu (co trzeci badany – 31,4%), podczas uroczystości rodzinnych lub u znajomych (15,2%), kilka razy w roku (39,8%) czy też raz w miesiącu (5,8%). Do spożywania alkoholu codziennie lub 2 razy w tygodniu przyznaje się tylko 0,4% badanych, a 2,2% sięga po niego raz w tygodniu.

Więcej kobiet niż mężczyzn deklarowało abstynencję alkoholową – wśród kobiet alkoholu nie spożywa 29%, natomiast wśród mężczyzn – 20%. U obu płci najczęściej spożywanie alkoholu odbywa się kilka razy do roku (21% kobiet i 19% mężczyzn). Panowie zaś częściej wskazywali na spożywanie alkoholu raz w miesiącu (4% mężczyzn do 2% kobiet), czy dwa razy w miesiącu (2% do 1% u kobiet), a także raz w tygodniu (1,4% wobec 0,8% kobiet).

Mieszkańcy województwa kujawsko-pomorskiego najczęściej alkohol spożywają w towarzystwie rodziny (31,6%). 18,6% wybiera swoją grupę towarzyską, znajomych i przyjaciół. Tylko 0,6% respondentów przyznało, że konsumuje alkohol samotnie. I kobiety i mężczyźni najczęściej piją alkohol z rodziną – jednak wśród kobiet ten odsetek wynosi 17,2%, a wśród mężczyzn – 14,4%. Tym samym mężczyźni częściej spożywają alkohole ze swoją grupą towarzyską (11% wobec 7,6% kobiet).

Respondenci spożywający alkohol sięgają najczęściej po piwo (15,6%) lub wino (14,6%). Wódkę preferuje 12,4% spożywających, 2% nalewkę, a tylko 1,4% pija szampana

lub koniak. Pozostałe gatunki alkoholu wskazuje niewielka część badanej próby. Można zauważyć wyraźną różnicę w rodzaju alkoholu spożywanego najczęściej przez kobiety i mężczyzn. Kobiety wybierają przeważnie wino (10,4%) i wódkę (4,8%). Mężczyźni zaś – piwo (12%) i wódkę (7,6%).

Ogólnie spożycie alkoholu przyjmuje największe wartości w grupie osób z wykształceniem średnim i pomaturalnym, najniższe wśród osób z wykształceniem podstawowym.

Główny powód spożywania alkoholu przez respondentów to chęć dotrzymania towarzystwa innym – 43,8% respondentów. Co dziesiąty badany (10,4%) przyznawał się do potrzeby relaksu i dlatego po niego sięga. 5,2% osób spożywających po prostu lubi smak alkoholu, a 3,6% pije alkohol dla poprawienia humoru.

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

Z przeprowadzonych w 2007 r. badań ESPAD wynika, iż przynajmniej raz w ciągu całego swojego życia napoje alkoholowe piło 93% uczniów z młodziej grupy wiekowej i 97% uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Picie napojów alkoholowych jest na tyle powszechne, że w czasie 30 dni przed badaniem piło 66% piętnasto-szesnastolatków i 79% siedemnasto-osiemnastolatków. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem chociaż raz upiło się 29% uczniów z młodziej grupy wiekowej i 37% ze starszej. Wyniki badania wskazują na znacznie wyższy poziom rozpowszechnienia używania substancji legalnych, niż nielegalnych. Uwagę zwraca wysoki poziom dostępności napojów alkoholowych w ocenie respondentów.

Celem tej części projektu badawczego przeprowadzonego na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego w 2010 r. przez korporację badawczą *Pretendent* była diagnoza problemów uzależnień od środków psychoaktywnych wśród dzieci i młodzieży województwa kujawsko-pomorskiego. Uwaga badaczy skupiła się na bezpośrednim poznaniu historii kontaktów respondentów z takimi używkami jak: alkohol, tytoń, narkotyki oraz szeroko pojętymi „dopalaczami”. Sprawdzano również wiedzę badanych na temat problematyki związanej z HIV i AIDS.

Raport analizuje wymienione zagadnienia, porównując otrzymane wyniki względem wieku badanych, płci, miejsca zamieszkania czy rodzaju szkoły do jakiej uczęszczają. W efekcie otrzymujemy obraz problematyki uzależnień wśród dzieci i młodzieży województwa

kujawsko-pomorskiego. Narzędziem badawczym była ankieta audytoryjna przeprowadzona wśród 1400 uczniów w wieku 11-19 lat.

Okazało się, że ponad 74% uczniów przynajmniej raz w życiu spożywało alkohol, a 24% badanych zaprzeczyła jakimkolwiek z nim kontaktom. Wraz ze wzrostem poziomu edukacji, rośnie także odsetek młodzieży deklarującej spożycie alkoholu (70% badanych gimnazjalistów wobec aż 95% uczniów szkół ponadgimnazjalnych). Chłopcy deklarują nieznacznie częściej spożywanie alkoholu od dziewczynek (72% dla dziewcząt w stosunku do 77% u chłopców). Młodzież zamieszkująca duże miasta powyżej 30 tys. mieszkańców częściej niż pozostali uczniowie deklaruje spożywanie alkoholu (80% wobec 70% w miastach do 30 tys. mieszkańców i 73% na wsiach i miastach do 5 tys. mieszkańców). Co trzeci uczeń województwa kujawsko-pomorskiego deklaruje, że spożył alkohol tylko raz lub dwa razy w życiu. 24% odpowiada, że zdarza im się pić alkohol rzadziej niż raz w miesiącu. Co ósmy ankietowany pije kilka razy w miesiącu. Niecałe 3% badanych deklaruje spożycie alkoholu kilka razy w tygodniu.

W 2011 r. na zlecenie Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego zostały przeprowadzone badania ankietowe w szkołach w ramach europejskiego programu ESPAD na temat „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną w województwie kujawsko-pomorskim”.

Badanie miało na celu:

1. Pomiar natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych. Podstawowym pytaniem badawczym były pytania dotyczące liczby młodych ludzi, którzy mieli doświadczenia z tego typu substancjami oraz stopień nasilenia tych doświadczeń.
2. Próbę identyfikacji i pomiaru czynników wpływających na rozmiary zjawiska, zarówno po stronie popytu, jak i podaży. W badaniu poruszano kwestie takie jak: dostępność substancji psychoaktywnych, zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychologicznym, gotowość do pojęcia prób z tymi środkami, przekonania na temat ich szkodliwości, doświadczenia w zakresie problemów związanych z ich używaniem.

Wszystkie te kwestie zostały poddane pomiarowi ilościowemu w celu dokonania oszacowań dla młodzieży województwa kujawsko-pomorskiego.

Zrealizowana próba województwa kujawsko-pomorskiego liczyła 1051 uczniów trzecich klas gimnazjów oraz 1108 uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych. Wśród gimnazjalistów 55,5% stanowiły dziewczęta, 44% chłopcy. W grupie uczniów szkół ponadgimnazjalnych było 43,4% chłopców oraz 56,6% dziewcząt.

Picie napojów alkoholowych

Napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży szkolnej, podobnie jak ma to miejsce w dorosłej części społeczeństwa.

Tabela 1. Picie napojów alkoholowych

poziom klasy		Kujawsko-Pomorskie
III klasy gimnazjum	Kiedykolwiek w życiu	90,6
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	80,6
	W czasie 30 dni przed badaniem	51,4
II klasy szkół ponad-gimnazjalnych	Kiedykolwiek w życiu	96,7
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	92,2
	W czasie 30 dni przed badaniem	73,4

Niewiele niższy odsetek konsumentów alkoholu wśród uczniów klas trzecich gimnazjów, głównie piętnastolatków powinien budzić niepokój z perspektywy zdrowia publicznego, czy norm prawnych. Jak pokazują wyniki badania, wśród piętnastolatków picie alkoholu stanowi normę, przynajmniej w sensie statystycznym.

Za wskaźnik względnie częstego używania alkoholu przyjęto picie w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem. Jakikolwiek napoje alkoholowe w tym czasie piło 51,4% uczniów z grupy młodszej i 73,4% uczniów z grupy starszej.

Wartość wskaźnika picia kiedykolwiek w życiu i w czasie ostatnich 12 miesięcy dla chłopców i dziewcząt nie różni się istotnie między sobą. Prawidłowość ta dotyczy zarówno piętnastolatków, jak i siedemnastolatków. Wyniki odnoszące się do częstego picia pokazują, że różnice między chłopcami i dziewczętami nie są zbyt wielkie.

Zarówno w trzecich klasach gimnazjów, jak wśród młodzieży starszej najwyższy odsetek konsumentów ma piwo, na drugim miejscu wódka, a na trzecim wino.

Tabela 2. Picie poszczególnych napojów alkoholowych w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem

poziom klasy		Kujawsko-Pomorskie
III klasy	Picie piwa	56,0

gimnazjum	Picie wina	24,3
	Picie wódki	34,8
II klasy szkół ponad- gimnazjalnych	Picie piwa	72,7
	Picie wina	32,1
	Picie wódki	52,5

W obu grupach w przypadku piwa i wódki odsetki pijących w czasie ostatnich 30 dni są wyższe wśród chłopców niż wśród dziewcząt. W przypadku wina dziewczęta częściej niż chłopcy zaliczają się do pijących w czasie ostatnich 30 dni.

Typową ilość piwa konsumowaną przy jednej okazji przez uczniów młodszych jest od 0,5 litra do litra (32,5%) lub poniżej 0,5 litra (21,7%). W klasach starszych najczęściej pije się między 0,5 litra a 1 litrem tego napoju (35,4%).

Spożycie jednorazowe wódki powyżej 250 gram w grupie młodzieży młodszej deklarowało 11,7% osób a w grupie młodzieży starszej 17,3% .

Prawie połowa uczniów gimnazjów i większość badanych z drugiego poziomu nauczania ma za sobą doświadczenie upicia się.

Tabela 3. Przekraczanie progu nietrzeźwości

poziom klasy		Kujawsko-Pomorskie
III klasy gimnazjum	Kiedykolwiek w życiu	52,8
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	39,0
	W czasie 30 dni przed badaniem	17,8
II klasy szkół ponad- gimnazjal- nych	Kiedykolwiek w życiu	73,3
	W czasie 12 miesięcy przed badaniem	52,3
	W czasie 30 dni przed badaniem	29,7

W obu grupach odsetek upijających się chłopców przewyższa odsetek upijających się dziewcząt. Szczególnie wyraźne różnice zaobserwowano w odsetkach starszych dziewcząt i chłopców deklarujących upicie się w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (dziewczęta 22,7% i chłopcy 38,8%)

Stanu silnego upojenia alkoholem doświadczała chociaż raz w życiu blisko połowa młodszych uczniów (48,5%) i ponad dwie trzecie uczniów ze starszej grupy (69,2%).

Wskaźniki silnego upijania się przybierają wyższe wartości u chłopców niż u dziewcząt.

Podobnie jak w przypadku przekroczenia progu nietrzeźwości, szczególnie wyraźne różnice zaobserwowano w odsetkach starszych dziewcząt i chłopców deklarujących upicie się w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem (odpowiednio 12,7% i 26,7%).

Warto zauważyć, że w młodszej grupie 11,9% badanych wypijało ponad 5 drinków przy jednej okazji, co najmniej co dziesięć dni. W starszej grupie takich uczniów było 21,2%.

Oczekiwania wobec alkoholu i przetworów konopi

Porównywanie częstości wyborów konsekwencji pozytywnych i negatywnych wskazuje wyraźnie na większą popularność tych pierwszych. Młodzież zdaje się oczekiwać po alkoholu więcej dobrego niż złego. Ta tendencja nie wystawia dobrej noty wysiłkom w zakresie edukacji adresowanej do młodzieży.

Podobnie jak w przypadku pytania o alkohol, badani częściej za całkiem prawdopodobne lub pewne uważali konsekwencje pozytywne, takie jak „zwiększenie intensywności radości”, „zwiększenie otwartości”, „zwiększenie intensywności doświadczeń” w odniesieniu do przetworów konopi.

Dostępność substancji psychoaktywnych

Należy zwrócić uwagę, że w ocenach respondentów poziom dostępności napojów alkoholowych jest wysoki. Uczniowie klas trzecich gimnazjów, a więc młodzież w wieku 15 lat, uznali za bardzo łatwe do zdobycia: piwo – 50,7% uczniów, wino – 40,3% uczniów i wódkę – 33,7% uczniów. Jedynie niewielki odsetek tej grupy badanych uznał za niemożliwe do zdobycia piwo (3,0%), wino (4,7%) i wódkę (6,3%). Młodzież deklaruje podobny poziom dostępu do tytoniu. Za bardzo łatwy do zdobycia uznało go 48,4% gimnazjalistów, za niemożliwy do zdobycia – jedynie 2,5%. 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 badanym ze starszej grupy do pełnoletniości niewiele brakuje. Zgodnie z oczekiwaniami odsetki deklarujących łatwy dostęp są największe w przypadku tytoniu i piwa, a najmniejsze w przypadku wódki. Odpowiedź „bardzo łatwe” padła w przypadku papierosów ze strony 65,0% starszej młodzieży, w przypadku piwa – 68,3%, wina – 61,2% i wódki 55,5%. Jedynie

niewielki odsetek tej grupy badanych uznał za niemożliwe do zdobycia: tytoń – 2,1%, piwo – 1,5 %, wino – 3,2% i wódkę – 2,7%.

Dostęp do leków uspakajających i nasennych zdaniem młodzieży jest znacznie trudniejszy. Należy odnotować, że dostępność substancji nielegalnych jest mniejsza. Odsetki uczniów młodszych, którzy uważają je za niemożliwe do zdobycia, wahają się od 16,4% w przypadku konopi indyjskich do 30,4% w przypadku ecstasy. Odsetki młodzieży ze szkół gimnazjalnych stwierdzającej, że byłoby jej bardzo łatwo dostać poszczególne substancje wahają się od 22,5% w przypadku konopi indyjskich do 9,6% w przypadku amfetaminy. W klasach drugich szkół ponadgimnazjalnych badani w przypadku większości substancji nielegalnych w podobnym odsetku co młodszy uczniowie uznają je za bardzo łatwe do zdobycia. Odpowiedzi takich udzieliło w odniesieniu do najbardziej dostępnych konopi 24,9% badanych i najtrudniej dostępnej ecstasy – 9,6% badanych.

Należy zwrócić uwagę na bardzo wysokie odsetki badanych, którzy nie potrafili oszacować swoich możliwości w zakresie dostępu do substancji nielegalnych. Najmniej badanych miało trudności z oceną dostępu do marihuany i haszyszu (ok. 12%), najwięcej z oceną dostępu do ecstasy (ok. 21%). Te relatywnie wysokie odsetki badanych, którzy wybrali odpowiedź „nie wiem” wskazują na znacząca frakcję osób do tego stopnia nie zainteresowanych substancjami nielegalnymi, że nie potrafią nawet wyobrazić sobie skali trudności w zdobyciu tego typu środków.

Odpowiedzi na pytanie o to, czy badanemu kiedykolwiek proponowano jakieś substancje psychoaktywne dostarczyły innego wskaźnika dostępności. W massmediach ciągle wiele mówi się o agresywnym rozwoju rynku substancji nielegalnych i ich marketingu wśród uczniów. Intencją pytania o propozycje była weryfikacja tych doniesień. Badanym przedstawiono listę środków legalnych i nielegalnych i proszono o zaznaczenie tych, które w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem ktokolwiek im proponował.

Najczęściej proponowanym młodzieży środkiem jest bez wątpienia alkohol. Z propozycjami dotyczącymi substancji nielegalnych spotykają się mniej liczne grupy badanych i najczęściej dotyczą one konopi. Otrzymało je chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy 31,9% uczniów z klas młodszych i 37,7% uczniów z klas starszych. Odsetki uczniów, którym proponowano amfetaminę wynosiły w przypadku piętnastolatków – 9,1% i siedemnastolatków – 11,0%. Ecstasy oraz leki uspakajające i nasenne, proponowane były podobnym odsetkom młodzieży z grupy młodszej i starszej (ecstasy: ok. 6% i leki: 6-8%).

Zwraca uwagę wysoki odsetek uczniów, którzy spotkali się z propozycjami alkoholu nielegalnie wytworzonego domowym sposobem, czyli bimbru. W młodszej grupie z taką propozycją spotkało się 18,5% badanych, w starszej 20,6%.

Ryzyko związane z używaniem substancji psychoaktywnych w opiniach badanych

Zdecydowana większość uczniów dostrzega ryzyko szkód związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Tylko nieliczni stwierdzają, że ich używanie nie jest związane z żadnym negatywnym następstwem. Regularne palenie papierosów w ilości co najmniej jednej paczki dziennie lub regularne palenie marihuany lub haszyszu traktowane jest jako zachowanie bardzo ryzykowne. Eksperymentowanie z tak niebezpiecznymi narkotykami, jak ecstasy traktowane jest w sumie jako mniej ryzykowne niż regularne palenie papierosów lub częste picie w dużych ilościach napojów alkoholowych. Na poziomie eksperymentowania za najbardziej groźną w opiniach badanych uznać można amfetaminę (32,8% w młodszej grupie i 37,0% w starszej grupie). W przypadku przetworów konopi odsetki te są wyraźnie niższe – 24,6% w młodszej grupie i 20,3% w starszej grupie. Na poziomie regularnego używania największe odsetki badanych za obarczone dużym ryzykiem także uznały używanie amfetaminy. Regularne palenie tytoniu oceniane było jako obarczone dużym ryzykiem przez niewiele mniejszą grupę badanych.

Oceniając ryzyko związane z różnymi stylami picia napojów alkoholowych za najbardziej niebezpieczny model, młodzież uznała częste picie w dużych ilościach. Warto zauważyć, że odsetki badanych uznających palenie marihuany lub haszyszu od czasu do czasu za czynność obarczoną dużym ryzykiem są wyraźnie niższe nie tylko od odsetków badanych traktujących częste picie dużych ilości napojów alkoholowych jako bardzo ryzykowne, ale także tych, którzy jako bardzo ryzykowne traktują picie weekendowe. Oznacza to, że młodzież nie traktuje okazjonalnego używania przetworów konopi jako czegoś, co jest dużo bardziej ryzykowne niż intensywne picie napojów alkoholowych.

Badania na temat postrzegania ryzyka szkód w efekcie używania substancji psychoaktywnych pozwalają na wniosek, że młodzież jest dość dobrze zorientowana w skali zagrożeń.

Wnioski i rekomendacje

W województwie kujawsko-pomorskim zaobserwowano niższe rozpowszechnienie częstego picia alkoholu w porównaniu do poziomu ogólnopolskiego (odpowiednio 51,4% i 57,6%). W porównaniu do innych województw poziom rozpowszechnienia częstego picia alkoholu przez młodzież z obu grup jest zauważalnie niższy.

W młodszej grupie spożycie piwa i wina w województwie kujawsko-pomorskim pozostaje na poziomie zbliżonym do ogólnopolskiego, natomiast wódki jest mniejsze (odpowiednio 34,8% i 40,7%)

Wśród młodzieży starszej deklaracje spożycia każdego z analizowanych trunków jest rzadsze niż ma to miejsce średnio w kraju.

W województwie kujawsko-pomorskim spożycie wódki pozostaje na najniższym poziomie w porównaniu z innymi województwami.

Wśród gimnazjalistów przekraczanie progu nietrzeźwości kiedykolwiek w życiu, a także w czasie 12 miesięcy zdarzało się nieznacznie częściej w województwie kujawsko-pomorskim niż średnio w kraju.

Aktualne i częste upijanie się było bardziej rozpowszechnione w Polsce ogółem niż w województwie kujawsko-pomorskim.

W przypadku tytoniu stwierdzono większe rozpowszechnienie używania tej substancji w województwie kujawsko-pomorskim.

W województwie kujawsko-pomorskim podobny odsetek młodzieży jak średnio w kraju deklarował używanie każdej z badanych substancji.

W starszej grupie wiekowej młodzież województwa kujawsko-pomorskiego plasuje się na końcu listy województw pod względem rozpowszechnienia aktualnego używania marihuany i haszyszu.

Aktualne używanie dopalaczy przez uczniów z wyższego poziomu jest mniej rozpowszechnione w województwie kujawsko-pomorskim.

Substancje psychoaktywne, w tym nielegalne są łatwiej dostępne w województwie kujawsko-pomorskim. Województwo kujawsko-pomorskie plasuje się na pierwszej pozycji pod względem deklarowanego dostępu do przetworów konopi, amfetaminy i ekstazy. Podobnie jest w starszej grupie, za wyjątkiem deklarowanego dostępu do przetworów konopi.

Większy odsetek uczniów z województwa kujawsko-pomorskiego niż średnio w kraju potrafi wskazać miejsca, gdzie można łatwo kupić marihuanę lub haszysz (ulica, park, szkoła, dyskoteka, bar, mieszkanie dealera, Internet) .

Rekomendacje

Zwrócenie bacznej uwagi na kwestie sprzedaży alkoholu nieletnim. Zintensyfikowanie działań kontrolnych w tym zakresie. Warto rozważyć zmniejszenie sieci sprzedaży napojów alkoholowych.

Prowadzenie działań profilaktycznych skierowanych na ograniczenie rozmiarów używania marihuany lub haszyszu. Przeformułowanie akcentów w strategii prewencyjnej. Rozbudowy wymaga oferta dla młodych ludzi używających względnie często substancji nielegalnych lub pijących często, w ilościach prowadzących do nietrzeźwości.

2.3. Ewaluacja realizacji Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Narkomanii, Innych Uzależnień oraz HIV/AIDS w Województwie Kujawsko-Pomorskim w latach 2006-2010

W 2011 r. na zlecenie Biura Pełnomocnika ds. Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Narkomanii i HIV/AIDS oraz Zarządu Województwa Kujawsko-Pomorskiego zostało przeprowadzone badanie ewaluacyjne przez Pracownię Badań Społecznych i Marketingowych SOMA.

Podstawowym celem badania była ocena realizacji „Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Narkomanii, Innych Uzależnień oraz HIV/AIDS w Województwie Kujawsko-Pomorskim do roku 2010”. Na realizację tego podstawowego celu badania składało się także osiągnięcie celów szczegółowych:

1. Ocena trafności, skuteczności, efektywności i trwałości rezultatów projektów realizowanych w okresie programowania 2006-2010.
2. Wypracowanie rekomendacji dla kolejnego okresu realizacji programu (lata 2011-2015).
3. Stworzenie podstaw do przygotowania programu na lata 2011-2015.
4. Stworzenie podstaw do monitorowania na bieżąco projektów w latach 2011-2015.

W badaniu zastosowano następujące kryteria ewaluacji:

Trafność - ocena, w jakim stopniu przyjęte cele projektu odpowiadają zidentyfikowanym problemom w obszarze objętym projektem i/lub realnym potrzebom beneficjentów

Efektywność - kryterium to pozwala ocenić poziom „ekonomiczności” projektu, czyli stosunek poniesionych nakładów do uzyskanych wyników i rezultatów. Nakłady rozumiane są tu jako zasoby finansowe, ludzkie i poświęcony czas.

Skuteczność - kryterium to pozwala ocenić, do jakiego stopnia cele przedsięwzięcia zdefiniowane na etapie programowania zostały osiągnięte.

Trwałość efektów - kryterium to pozwala ocenić, czy pozytywne efekty projektu na poziomie celu mogą trwać po zakończeniu finansowania zewnętrznego.

Badanie empiryczne objęło 166 projektodawców z lat 2006-2010 a dobór miał charakter optymalny. Zrealizowano 106 wywiadów kwestionariuszowych.

Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Narkomanii, innych Uzależnień oraz HIV/AIDS w Województwie Kujawsko-Pomorskim do roku 2010, zatwierdzony Uchwałą Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego z dnia 24 kwietnia 2006 roku obejmował dwa podstawowe działy zadań:

1. rozwiązywanie i przeciwdziałanie problemom alkoholowym,
2. przeciwdziałanie narkomanii, uzależnieniom oraz HIV/AIDS.

Każdy z działów podzielony był na priorytety, a te na cele szczegółowe. Każdy z priorytetów był uzasadniony na dużym poziomie ogólności i często nie zawierał odniesień do diagnozy zjawisk na poziomie wojewódzkim. Każdemu z celów przypisany był zestaw działań, które będą realizowane, aby go osiągnąć, beneficjenci, do których kierowane są działania oraz wskaźniki, które będą świadczyły o realizacji założonych celów.

Tak skonstruowana lista celów była realizowana na dwa sposoby: poprzez działania Biura Pełnomocnika oraz w trybie konkursów otwartych. W każdym z badanych lat ogłoszono i przeprowadzono po 3 konkursy otwarte na realizację zadań publicznych określonych w Programie. Konkursy ogłaszane są w postaci Uchwały Zarządu Województwa. Część zapisów Wojewódzkiego Programu powoduje, że nie jest możliwe jednoznaczne stwierdzenie stopnia jego realizacji. Co więcej, nie jest też możliwe egzekwowanie na poziomie konkursów otwartych takiej realizacji działań, które w sposób jednoznaczny przyczyniałyby się do realizacji celów regionalnych.

Po pierwsze, zapisy Wojewódzkiego Programu nie dostarczały żadnych podstaw lub wskazówek dotyczących metod realizacji wyznaczonych zadań. Tymczasem, wydaje się – na podstawie informacji rocznej Pełnomocnika dla Zarządu Województwa – że istnieje katalog metod i strategii profilaktycznych pożądanych do realizacji.

Po drugie, integralnym elementem Programu jest spis wskaźników, które – podobnie zresztą jak na poziomie ministerialnym – są nazbyt ogólne – mało konkretne, często niemierzalne lub mylące. Problem ten dotyczy zwłaszcza działań „miękkich”, związanych z promowaniem postaw wobec używek i sytuacji ryzykownych. Poniżej kilka przykładów takich niedoskonałych wskaźników:

1. liczba odbiorców jako wskaźnik skuteczności programów profilaktycznych – bez uwzględnienia podziału na odbiorców bezpośrednich i pośrednich,

2. ilość programów edukacyjnych i informacyjnych – nie mierzy skuteczności, jeśli nie uwzględniona będzie jednocześnie skala, zasięg działania i liczba potencjalnych odbiorców,
3. liczba współpracujących przedstawicieli mass mediów – nie mierzy skuteczności, jeśli przedstawiciele ci reprezentują to samo medium (np. o wąskim zakresie oddziaływania),
4. liczba szkoleń – nie mierzy skuteczności (wspierania programów realizowanych przez instytucje i podmioty pozarządowe zajmujące się rozwiązywaniem problemów uzależnień), jeśli nie uwzględnia liczby odbiorców, charakteru przekazywanych działań, liczby odbiorców, którzy wdrożyli działania będące przedmiotem szkolenia,
5. liczba i nakład materiałów informacyjno-edukacyjnych w danym okresie – nie mierzy skuteczności (podniesienia poziomu wiedzy społeczeństwa na temat problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i możliwości zapobiegania zjawisku lub poprawy dostępności świadczeń na poziomie regionalnym i lokalnym), jeśli nie uwzględnia, do ilu osób materiały te dotarły, jaki był poziom ich zrozumienia, czy wpłynęły one na postawy mieszkańców regionu.

Tabela 4. Liczba projektów w ramach poszczególnych zadań w latach 2006-2010

Zadanie	2006	2007	2008	2009	2010	razem
Zadanie 1. Rozwiązywanie problemów alkoholowych	-	-	-	24	20	44
Zadanie 2. Pomoc dla osób i rodzin z problemem alkoholowym. Działania w grupach podwyższonego ryzyka	27	18	22	-	-	67
Zadanie 3. Wspieranie procesu reintegracji dla osób uzależnionych od alkoholu, narkotyków poprzez udział w programie i zajęciach realizowanych w KiS lub CiS	2	3				5
Zadanie 4. Aktywizacja środowisk wiejskich	8	17	6	17	13	61
Zadanie 5. Przeciwdziałanie narkomanii	-		18	26	15	59
Razem	37	38	46	67	48	236

Źródło: *Badania własne, Toruń, październik 2011*

Warto przyrzeć się także, kim byli realizatorzy projektów dotowanych w ramach poszczególnych zadań Programu. Zwróćmy uwagę na szczególną rolę lokalnych stowarzyszeń oraz ośrodków pomocy społecznej w aktywizowaniu środowisk wiejskich

(zadanie 3) i niewielką rolę instytucji kościelnych w tym samym obszarze (mimo że parafia wydaje się naturalnym miejscem dla tego rodzaju oddziaływań na wsi).

Tabela 5. Typ instytucji realizujących projekty w ramach konkursów otwartych w podziale na zadania – na podstawie analizy danych zastanych

Typ instytucji	2006	2007	2008	2009	2010	razem
Instytucja samorządowa, CIS	1	2				3
Fundacja	6	6	7	7	4	30
Stowarzyszenie	21	18	19	37	31	126
Ośrodek terapeutyczny, placówka lecznicza	3	1	10	7	2	23
Ośrodek pomocy społecznej (GOPS, MOPS, MGOPS, PCPR)		7	2	5	4	18
Instytucja edukacyjna lub kulturalna	1	1	2	4	1	9
Instytucja kościelna (parafia, Caritas)	1	2	4	4	4	15
Inne	4	1	2	3	2	12
Razem	37	38	46	67	48	236

Źródło: *Badania własne, Toruń, październik 2011*

Badanie empiryczne, które stanowiło uzupełniające źródło wiedzy dla badaczy, pozwala na dopełnienie tego obrazu o rozstrzygnięcia pytań bardziej szczegółowych, z których najważniejsze jest doświadczenie w pracy z uzależnieniami projektodawców.

Zdecydowana większość projektodawców (79,8%) deklaruje, że wcześniej pracowali już z beneficjentami, do których kierowano działania w ramach projektu. Nieco niepokojące jednak jest, że niemal co dziesiąty z projektodawców deklaruje, że przed realizacją projektu nie miał doświadczenia z tego typu działaniami, a kolejna tej wielkości grupa to osoby, które nie umiały jednoznacznie odpowiedzieć na takie pytanie.

Projektodawcy o małym lub bardzo małym doświadczeniu to zwłaszcza instytucje samorządowe oraz edukacyjne. To jednocześnie grupa, która zajmuje się w swojej działalności uzależnieniami krócej niż 5 lat (co oznacza, że część z nich pierwszy kontakt z tą problematyką miała przy okazji realizacji ocenianego projektu).

Z kolei, w grupie tych, którzy nie umieli jednoznacznie ocenić własnego doświadczenia znalazły się stowarzyszenia lub fundacje. Trudność tych ocen może wynikać stąd, że organizacje te interesującym nas problemem zajmują się dopiero od kilku lat, a same działania kierowane są często do szerokiej grupy odbiorców – możliwe więc, że doświadczenie może polegać na tym, że podobne działania kierowano do innych odbiorców lub, odwrotnie, że pracowano już z daną grupą odbiorców, ale przy okazji rozwiązywania innych problemów, niż te związane z uzależnieniami.

Tabela 6. Doświadczenia w pracy z beneficjentami

Czy mieliście Państwo wcześniejsze doświadczenia w pracy z tą grupą beneficjentów?	liczba	procent
Zdecydowanie nie	1	1,0
Nie	8	7,8
Trudno powiedzieć, umiarkowane	11	10,8
Tak	21	20,6
Zdecydowanie tak	61	59,8
Razem	102	100,0

Źródło: Badania własne, Toruń, październik 2011

Ponad 80% projektodawców (81,2%) zajmuje się rozwiązywaniem problemów alkoholowych, narkomanii lub HIV/AIDS dłużej niż czas trwania Programu. To istotne, ponieważ oznacza, że rozpoczynali realizację projektów dotowanych w ramach badanego Programu, już z pewnymi doświadczeniami i wypracowanymi metodami działania.

Tabela 7. Okres zajmowania się rozwiązywaniem problemów alkoholowych/narkomanii, HIV/AIDS

Od jak dawna zajmujecie się Państwo rozwiązywaniem problemów alkoholowych/narkomanii, HIV/AIDS?	liczba	procent
Mniej niż 5 lat	21	18,8
5-10 lat	50	49,5
11 lat i więcej	32	31,7
Razem	103	100,0

Źródło: Badania własne, Toruń, październik 2011

1. Cele programu. Zasięg przedmiotowy

Projektodawcy najczęściej wskazują na to, że celem ich działań bezpośrednim i pośrednim jest zwiększenie poziomu wiedzy o problemach (90,5% respondentów udzieliło takiej odpowiedzi) oraz profilaktyka i pobudzanie społeczności lokalnych do przeciwdziałania problemom alkoholizmu, narkomanii, zapobieganiu HIV/AIDS oraz przemocy w rodzinie. Druga ważna grupa działań to te, które są kierowane wprost do osób uzależnionych lub zagrożonych uzależnieniem: terapia, rehabilitacja, działania wzmacniające konstrukcję psychiczną, reintegrację społeczną i zawodową. W tej ostatniej grupie zdecydowanie przeważają działania sprzyjające reintegracji społecznej (rzadziej zawodowej) oraz warsztaty psychospołeczne. Oznacza to także, że łączone są działania kierowane do wąskiej grupy uzależnionych i z grupy ryzyka oraz te, które służą wypracowaniu skutecznych metod diagnostycznych lub upowszechniania problemu.

Uderzające jest w tym zestawieniu, że projektodawcy nie są w zasadzie zainteresowani monitorowaniem tych problematycznych zjawisk (jak zatem będą planować

dalsze swoje działania?), ale poza obszarem ich zainteresowań leży też problem przemocy w rodzinie.

Bardziej kontrast ten uwidacznia się, gdy przyglądamy się temu, w jakiej kolejności formułowane są cele działań. Jako pierwszy (główny) cel badani wskazywali najczęściej zwiększenie poziomu wiedzy (30,5% respondentów) oraz prowadzenie działań profilaktycznych (27,6%). Działania terapeutyczne są tu wymieniane znacznie rzadziej, podobnie jak zabiegi reintegracyjne (łącznie 20%).

Tabela 8. Cele podejmowanych działań

Jakie cele chciano osiągnąć przez realizację projektu?	cel podstawowy	procent	procent odpowiedzi*
Zwiększenie dostępności terapii i rehabilitacji	14,3	12,3	47,6
Działania terapeutyczne i wspierające dla rodzin osób uzależnionych i ofiar przemocy	0,0	4,0	15,2
Reintegracja społeczna i zawodowa	5,7	15,3	59,0
Profilaktyka i działania społeczności lokalnych	27,6	23,0	80,6
Zwiększenie poziomu wiedzy o problemach	30,5	23,5	90,5
Podwyższenie jakości programów przeciwdziałania	5,7	5,7	21,4
Wdrożenie metod skutecznej/wczesnej diagnozy	9,5	9,6	37,1
Współpraca międzyinstytucjonalna	5,7	5,9	22,9
Monitoring zjawisk	0,0	0,7	2,9
Razem	100,0	100,0	-

*Odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ badani mogli udzielić więcej niż 1 odpowiedzi na pytanie.

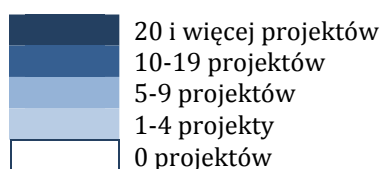
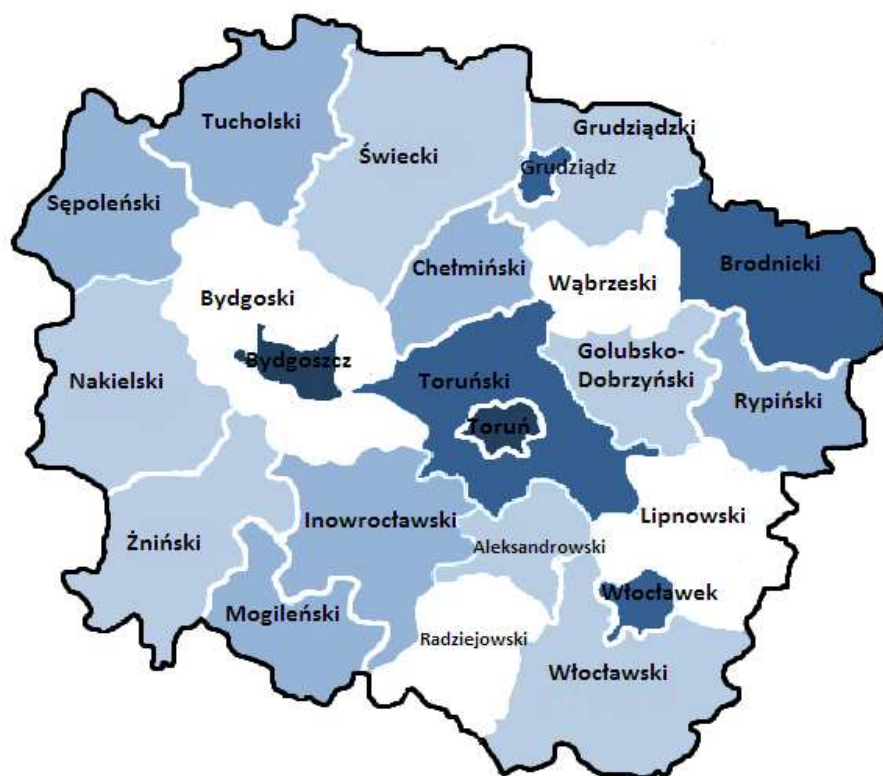
Źródło: *Badania własne, Toruń, październik 2011.*

Obserwowany jest wzrost zainteresowania realizacją zadań Programu w kolejnych latach. Wyjątkiem wydaje się pod tym względem rok 2010, ale obniżenie liczby projektów realizowanym w ostatnim roku realizacji Programu wiązać należy z mniejszą liczbą konkursów na ich wykonanie. Nieco niepokojący jest natomiast spadek zainteresowania udziałem w konkursach placówek lecznictwa i ośrodków terapeutycznych.

Program ma charakter regionalny, obejmował swoim zasięgiem całe województwo i działania podejmowane poza konkursami otwartymi na ogół mają taki charakter. Są to działania – jak wykazywano wcześniej – koncentrujące się zwłaszcza na upowszechnianiu problemu i idei rozwiązywania go oraz podnoszeniu kompetencji tych, którzy ideę mieliby wprowadzać. Gdy jednak koncentrujemy się na projektach realizowanych w ramach konkursów otwartych zauważamy, że istnieją dwa główne ośrodki, w których działają podmioty realizujące Program, są to Toruń i Bydgoszcz. Kolejną grupę stanowią powiaty, przylegające do największych ośrodków województwa (powiat toruński, brodnicki, włocławski, Grudziądz).

Wreszcie na mapie należy także ulokować te powiaty, w których realizowane są pojedyncze projekty. Obraz ten pokazuje poniższa mapa (rysunek 1).

Rysunek 1. Lokalizacja podmiotów realizujących projekty dotowane w ramach Programu



Źródło: Opracowanie własne na podstawie raportów rocznych Biura Pełnomocnika, Toruń, październik 2011.

Zwróćmy przy tym uwagę, że aż w przypadku 4 z 23 powiatów naszego województwa w ciągu pięciu lat trwania Programu nie zrealizowano ani jednego projektu, w przypadku 7 powiatów - zrealizowano pojedyncze tylko projekty (to znaczy, że na ogół była to pojedyncza dotacja w wybranej lokalizacji), a w kolejnych 6 realizowano średnio 2 projekty w każdym roku w wybranej gminie. W tej ostatniej grupie na ogół o dotację starają się skutecznie te same instytucje z danej gminy (np. GOPS, dom kultury lub lokalne

stowarzyszenie). Na tej mapie wyróżniają się więc wybrane miejscowości, w tym Sępólno Krajeńskie, Chełmża, Zbiczno, Brzuze, Bobrowo, Lisewo, Więcbork¹.

Działaniami przewidzianymi w Programie objęto ok. 100 tys. mieszkańców województwa (dane te są szacunkowe ze względu na brak obowiązku precyzyjnej sprawozdawczości po stronie projektodawców). Działania te, choć w dużej mierze skoncentrowane wokół ośrodków centralnych w województwie (miasta powiatowe), prowadzone są także w mniejszych miejscowościach i gminach.

Projekty realizowane w ramach konkursów otwartych odpowiadają założeniom Programu i osiągają założone cele. Nie jest możliwa ocena, czy odpowiadają one potrzebom beneficjentów, ponieważ większość projektodawców nie prowadzi diagnozy takich potrzeb.

Projekty były zróżnicowane ze względu na jakość podejmowanych działań oraz skuteczność oddziaływania. W ramach tych samych konkursów przyznawane są środki na przemyślane, oparte na rzetelnym wstępnym rozpoznaniu problemu, który ma być rozwiązywany, uważnym doborze środków i zakresu oddziaływania, nowoczesnych metodach pracy, ale i na takie projekty, które stanowią odwrotność opisanego tu typu projektów – sięgające po metody tradycyjne (wykłady, festyny), których skuteczność jest wątpliwa, a przynajmniej nieweryfikowalna i nie ukierunkowująca działań.

2. Odbiorcy działań

Projektodawcy deklarują najczęściej, że realizowane przez nich projekty są nie tylko kierowane wprost do wybranej grupy, ale także do jej szerszego otoczenia. Dotyczy to 73,6% badanych. Przeważają projekty małej skali, w których działania kierowane są do grupy liczącej mniej niż 100 osób lub do 500 osób (to głównie działania kierowane do młodzieży szkolnej). Podobnie jest z siłą oddziaływania projektów, jeśli mierzyć ją tym, do ilu osób pośrednio dotarło działanie podjęte w ramach projektu. Realizatorzy działań szacują, że dotarli ze swoją akcją od 100 do 500 osób. Jednak co czwarty z projektodawców, którzy w sposób zamierzony dotarli pośrednio do szerszej grupy, przyznaje, że była ona bardzo liczna (powyżej 1000 osób). Dotyczy to zwłaszcza tych projektów, które kierowane były albo do młodzieży szkolnej (np. wybranych szkół lub wybranych klas szkolnych lub wybranych nauczycieli i innych opiekunów dzieci w wieku szkolnym) lub miały masowy charakter

¹ Na mapie zaznaczono całe powiaty zakładając, że działania podejmowane w danej gminie, oddziałują na gminy ościenne.

(kampania billboardowa, akcja informacyjna nie ukierunkowana do szczególnej grupy mieszkańców, itp.).

Tabela 9. Liczba osób objętych działaniami bezpośrednimi i pośrednimi

Liczba osób objętych działaniami	bezpośrednimi		pośrednimi	
	liczba	procent	liczba	procent
Mniej niż 100	48	45,3	12	15,4
100-500	28	26,4	40	51,3
501-1000	13	12,3	5	6,4
Powyżej 1000	17	16,0	21	26,9
Razem	106	100	78	100

Źródło: *Badania własne, Toruń, październik 2011.*

Nie jest możliwe dokładne zweryfikowanie tych deklaracji na podstawie ofert, ich korekt lub sprawozdań końcowych z realizacji projektu, z kilku powodów. Po pierwsze, na żadnym z tych etapów nie żąda się tego rodzaju deklaracji od projektodawców (w formularzu oferty znajdowało się jedynie zalecenie, aby opis zadania odzwierciedlał zadania sformułowane w kosztorysie). Po drugie, projektodawcy nie stosują metod pomiaru, które pozwoliłyby im ustalić, do jakiej liczby odbiorców dotarli – dotyczy to zwłaszcza działań informacyjnych oraz tych, które mają poza odbiorcami bezpośrednimi, także beneficjentów pośrednich. Wskazanie takich metod mierzenia efektów nie jest wymagane na etapie przygotowania projektu.

Szczególnie często działania w ramach realizowanych projektów kierowane są do dzieci i młodzieży szkolnej (dotyczy to 52,4%), a co trzeci z projektów kierowany jest do wszystkich grup wiekowych. Można więc uznać, że przeważają działania profilaktyczne i informacyjne nad działaniami służącymi rozwiązaniu już istniejących problemów.

Tabela 10. Beneficjenci projektu

Kim byli beneficjenci Państwa działań?	procent	procent odpowiedzi*
Dzieci i młodzież szkolna	45,1	52,4
Młodzi dorośli (osoby do 35. roku życia)	4,9	5,7
Dorośli, bez wskazania na grupę wiekową	20,5	23,8
Wszystkie grupy wiekowe	29,5	34,3
Razem	100,0	-

*Odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ badani mogli udzielić więcej niż 1 odpowiedzi na pytanie.

Źródło: *Badania własne, Toruń, październik 2011.*

Potwierdzenie powyższego ustalenia odnajdujemy także w deklaracjach dotyczących tego, że realizowane działania na ogół kierowane są przede wszystkim do osób narażonych na uzależnienia lub związanych z osobami uzależnionymi. Nieco mniej niż połowa projektów kierowana jest (niekoniecznie wyłącznie) do osób uzależnionych.

3. Stosowane metody i strategie profilaktyczne

Projektodawcy deklarują, że ich działania nie koncentrują się wyłącznie na osobach uzależnionych, ale kierowane są także do ich otoczenia – zarówno bezpośredniego, jak i szerszego. Taką strategię przyjęło 99% badanych.

W konsekwencji takich założeń – wśród projektów przeważają te, które obejmują zwłaszcza działania profilaktyczne, a przyjęta interpretacja metodyki pracy nastawionej na aktywizację samych uzależnionych i zagrożonych uzależnieniami oraz z ich otoczeniem, skutkuje doborem metod pracy. Najczęściej w ramach projektów organizowano spotkania informacyjne ze specjalistą (pedagogiem, psychologiem, terapeutą uzależnień, ale też lekarzem pierwszego kontaktu lub przedstawicielem lokalnych instytucji bądź stowarzyszeń, np. Związku Stowarzyszeń Abstynenckich). Organizowano też spotkania terapeutyczne – indywidualne lub grupowe. Natomiast kontakt z otoczeniem osób zagrożonych uzależnieniem lub ze środowiskami potencjalnie zagrożonymi odbywał się głównie w postaci otwartych spotkań, imprez, festynów – po tę metodę sięgnął co trzeci badany.

Znacznie rzadziej wprowadzano bardziej oryginalne (i być może bardziej skuteczne) formy docierania do szerszej społeczności – zajęcia warsztatowe, spektakle profilaktyczne, wyjazdy integracyjne, elementy pedagogiki zabawy, zajęcia integracyjne rodziców i dzieci, warsztaty łączone dla nauczycieli i uczniów.

Tabela 11. Metody pracy z uczestnikami projektu

Jakie stosowano metody pracy z uczestnikami projektu?	liczba	procent	procent odpowiedzi*
Terapia grupowa	41	19,1	38,7
Terapia indywidualna	36	16,7	34,0
Spotkania informacyjne ze specjalistą	54	25,1	50,9
Otwarte spotkania/festyny/imprezy popularyzujące problem	34	15,8	32,1
Działania aktywizujące wybrane grupy	24	11,2	22,6
Inne	26	12,1	24,5
Razem	215	100,0	-

*Odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ badani mogli udzielić więcej niż 1 odpowiedzi na pytania
Źródło: *Badania własne, Toruń, październik 2011*

Połowa projektodawców stosowała metody, które nie odróżniają projektu od jej standardowych działań. Natomiast co trzeci projektodawca zastosował nowe rozwiązania. Ocena tej deklaracji nie jest jednoznaczna – może ona bowiem oznaczać albo wprowadzanie innowacyjnych rozwiązań albo wskazywać na brak doświadczenia projektodawców.

Metody opisywane powyżej jako oryginalne należą do grupy tych, które wprowadzane były (w większości przypadków) dopiero przy okazji realizacji projektów – to wskazuje na innowacyjność rozwiązań.

Jednak w przypadku instytucji edukacyjnych i kulturalnych tę samą deklarację (wprowadzania nowych metod pracy) należy odczytywać jako brak doświadczenia, ponieważ odnosi się ona do takich metod, jak organizacja festynów lub innych otwartych imprez.

Tabela 12. Różnice w stosowanych metodach

Czy wybrana metoda pracy różniła się od metod dotąd stosowanych przez Państwa instytucję?	liczba	procent
Zdecydowanie nie	27	26,5
Nie	25	24,5
Trudno powiedzieć	18	17,6
Tak	22	21,6
Zdecydowanie tak	10	9,8
Razem	102	100,0

Źródło: Badania własne, Toruń, październik 2011

Projektodawcy proszeni byli także o wskazanie technik bądź instrumentów służących realizacji wyznaczonego zadania. Poniżej prezentujemy przykłady takich technik. Większość projektodawców łączyła różne techniki, przy czym na ogół zajęcia o charakterze tradycyjnym (np. zajęcia teoretyczne) były łączone z innymi zajęciami o takim charakterze (np. plakaty i ulotki).

Tabela 13. Instrumenty i techniki wykorzystane w projekcie

Jakie techniki/instrumenty zostały wykorzystane w projekcie?
warsztaty artystyczne (plastyczne, teatralne, filmowe, rękodzieło); konkursy
zajęcia teoretyczne (wykłady, seminaria, debata, dyskusja moderowana)
informacje medialne (billboardy, plakaty)
angażowanie w pracę na rzecz innych (np. niepełnosprawnym)
monitoring problemu (ankieta, badania sondażowe)
zajęcia sportowe, gry (interaktywne, dydaktyczne, sportowe, świetlicowe)
warsztaty twórczego i krytycznego myślenia: dyskusje, burza mózgów
porady specjalistyczne, dyżury specjalistów
terapia przez sztukę (bajko-terapia, odgrywanie scenek)
imprezy/pokazy otwarte: festyny,
stworzenie grupy wsparcia; praca w kręgu
zajęcia kulturalne

Źródło: Badania własne, Toruń, październik 2011

Podobnie jak w przypadku dobieranych metod działania, również w odniesieniu do technik bądź instrumentów pomocy – innowacyjne techniki wprowadzają zwłaszcza fundacje

i stowarzyszenia. Można więc wnioskować, że te instytucje kontynuują wcześniejsze działania, chociaż podejmują próbę ich realizacji w nowy sposób, ale też wprowadzają projekty awangardowe i innowacyjne jako uzupełnienie dotychczasowych działań.

Tabela 14. Metodyka realizowania wybranej techniki

Czy wybrana technika oparta była na najnowszej metodyce pracy z wybraną grupą, czy była realizowana techniką tradycyjną?	liczba	procent
Zdecydowanie tradycyjna	11	10,7
Tradycyjna	9	8,7
Trudno powiedzieć	39	37,9
Nowoczesna	29	28,2
Zdecydowanie nowoczesna	15	14,6
Razem	103	100,0

Źródło: Badania własne, Toruń, październik 2011

4. Trafność projektów

Z wywiadów z projektodawcami wyłania się obraz umiarkowanie dobrze przygotowanych do realizacji własnych pomysłów. Prawie połowa z nich podkreśla, że na odbiorców działań wybrała taką grupę, z którą już wcześniej pracowano. Taka decyzja wydaje się uzasadniona, o ile projekt opiera się na długotrwałym, intensywnym, kompleksowym i wysoce wyspecjalizowanym działaniu. W części przypadków tak właśnie się stało. Jednak duża część respondentów deklarujących kontynuację działań (ok. 40%), a nawet odwoływanie się do różnego typu rozpoznań potrzeb lokalnych (ok. 60%), rozwiązywaniem problemów uzależnień zajmuje się od niedawna, sięga jednocześnie po tradycyjne metody oddziaływania (spotkania informacyjne, festyny, itp.).

Tylko w niewielkiej części ofert realizacji zadania publicznego pojawiają się elementy diagnozy bądź uzasadnień dotyczących wyboru działań. Elementy uzasadnień, nawet jeśli obecne w ofertach, nie zawsze odwołują się do diagnozy problemu, a częściej do doświadczeń samego projektodawcy (np. „z naszych doświadczeń wynika, że istnieje związek przyczynowo-skutkowy między problemami alkoholowymi a zachowaniami społecznymi”) lub odwołuje się do powszechnie znanych faktów (lub artefaktów) bez ich dokumentowania (np. „problem nietrzeźwości kierowców występuje na terenie całego kraju; społeczne przyzwolenie na jazdę po alkoholu niestety nie ułatwia zadania poprawy bezpieczeństwa” lub „bardzo ważny problem uzależnień (...) na szczeblu lokalnym najbardziej się uzewnętrznia”). Brak takiej wstępnej diagnozy i/lub uzasadnienia podejmowanych działań ma dwie negatywne konsekwencje. Po pierwsze, część (lub wszystkie) z założonych celów może mieć małą wagę. Po drugie, nie jest możliwa ocena efektów podjętych działań, ponieważ brakuje

punktu odniesienia dla tych ocen, np. jeśli podejmowane są działania, które służą „zmniejszeniu skali zjawiska uzależnień od alkoholu dzieci i młodzieży” lub „zwiększeniu wiedzy o chorobie alkoholowej i innych uzależnieniach”, to bez wskazania, jaki jest w momencie rozpoczynania działań poziom wiedzy lub skala zjawiska, nie jest możliwa ocena, czy nastąpił postęp, a dodatkowo, czy nastąpił on pod wpływem podjętych działań, czy innych zmian kontekstu, w którym te działania są podejmowane.

Sami projektodawcy podzielają przekonanie, nie tylko o tym, że ich działania odpowiadały potrzebom społecznym, ale także, że zostały trafnie dobrane do rozwiązania problemu. Aż 63,9% badanych wyraziło przekonanie, że realizowany projekt mógł przyczynić się do rozwiązania problemów alkoholizmu, narkomanii, HIV/AIDS. Zwróćmy jednak uwagę, że aż 1/3 badanych (31,4%) nie umie ocenić adekwatności podjętych działań.

Tabela 15. Wpływ projektu na rozwiązanie problemów alkoholizmu/narkomanii/HIV-AIDS

Czy projekt w sposób istotny mógł wpłynąć na rozwiązanie problemów alkoholizmu/narkomanii/HIV-AIDS?	liczba	procent
Zdecydowanie nie	1	1,0
Nie	4	3,8
Trudno powiedzieć	33	31,4
Tak	43	41,0
Zdecydowanie tak	24	22,9
Razem	105	100,0

Źródło: Badania własne, Toruń, październik 2011

Przekonanie o adekwatności działań jest tym większe, im dłużej danym problemem zajmuje się badana instytucja oraz im większe ma ona doświadczenie w pracy z wybraną grupą beneficjentów. Większe przekonanie o adekwatności działań mają fundacje i stowarzyszenia, a najmniejsze instytucje kulturalne i edukacyjne, dla których działania projektowe są – jak pokazywano wcześniej – pierwszym i często jedynym działaniem na rzecz rozwiązywania problemów alkoholizmu, narkomanii i HIV/AIDS. Większe przekonanie o adekwatnym doborze działań dzielają też ci wykonawcy, którzy skierowali swoje działania zarówno do osób uzależnionych bądź zagrożonych uzależnieniem, jak i ich szerszego otoczenia, oraz wybrali metody bezpośredniego (i kontrolowanego) oddziaływania. Inaczej niż instytucje, które przeprowadziły działania otwarte i nieukierunkowane (festyny), których efekty są trudno mierzalne.

5. Skuteczność działań

Większość projektodawców (74%) wysoko ocenia skuteczność realizowanych przez siebie projektów – średnia ocena, jaką wystawiono własnym projektom to 3,96 (na skali 1-5, gdzie 5 oznacza ocenę bardzo dobrą). Pozostali (26%) nie umieją dokonać takiej jednoznacznej oceny.

Badani oceniają skuteczność na podstawie twardych wskaźników – liczby osób, które bezpośrednio lub pośrednio skorzystały z projektu (odpowiednio 48,6% i 23,2% badanych). Tylko co piąty projektodawca skuteczność projektu mierzy przyglądając się temu, w jakim stopniu problem udało się rozwiązać lub czy rozwiązanie to jest trwałe.

Powyższe oceny dokonywane są przede wszystkim w oparciu o bieżący monitoring, prowadzi go 62,6% badanych. Jednak aż co 8 w ogóle nie dokonuje takiej oceny albo dokonuje jej intuicyjnie („na oko”), bazując na własnym doświadczeniu.

Co trzeci badany deklaruje, że przeprowadzono ewaluację działań. Jednak jest to na ogół ewaluacja przeprowadzana bezpośrednio po zakończeniu projektu (73%), ewentualnie ocena ta poprzedzana jest pośrednimi pomiarami w trakcie trwania projektu. Taki sposób mierzenia efektów, a raczej postępów działań jest uzasadniony w przypadku terapii indywidualnej lub grupowej – chociaż i tu wskazane jest badanie trwałości oddziaływania po jakimś czasie od jego zaniechania. Ten sposób oceny nie ma jednak zastosowania dla szeroko pojmowanych działań profilaktycznych – tu efekty zauważalne w trakcie, a nawet bezpośrednio po zastosowaniu działań są mylące, a postawy ukształtowane podczas projektu mogą być nietrwałe. Oznacza to, że stosowane pomiary bądź mniej systematyczne obserwacje nie pozwalają na trafną ocenę skuteczności podejmowanych działań.

Tabela 16. Czas przeprowadzenia badań ewaluacyjnych

Przeprowadzono badania ewaluacyjne:	liczba	procent	procent odpowiedzi*
W trakcie projektu	16	34,8	43,2
Bezpośrednio po jego zakończeniu	27	58,7	73,0
Po jakimś czasie od zakończenia projektu	3	6,5	8,1
Razem	46	100,0	-

*Odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ badani mogli udzielić więcej niż 1 odpowiedzi na pytanie

Źródło: *Badania własne, Toruń, październik 2011*

Bardziej niepokojące jest to, że efekty tych, mniej lub bardziej systematycznych badań często nie przekładają się na korektę działań bieżących, ani planowanych. Swoje działania (lub plany działań) koryguje pod wpływem takiej oceny 40,3% badanych. Aż 27% badanych w ogóle nie uwzględnia oceny skuteczności działań. Wrażliwość na skuteczność działań wykazują te instytucje, które mają stosunkowo niewielkie doświadczenie

(krótkie albo nie pracowali z daną grupą beneficjentów) i jednocześnie stosują metody, których efekty są relatywnie łatwo uchwytnie (np. terapia indywidualna lub grupowa).

Tabela 17. Korekta działań pod wpływem ewaluacji

Czy pod wpływem tych ocen dokonywano korekty działań prowadzonych w ramach projektu lub później (np. przy planowaniu kolejnych podobnych projektów)?	liczba	procent
Zdecydowanie nie	14	13,5
Nie	14	13,5
Trudno powiedzieć	34	32,7
Tak	25	24,0
Zdecydowanie tak	17	16,3
Razem	104	100,0

Źródło: Badania własne, Toruń, październik 2011.

Dość dużą trudność sprawiło badanym wskazanie przykładów takich działań, realizowanych w ramach projektu, które warto byłoby upowszechnić. Tylko co piąty badany potrafił wskazać taki przykład. Podawane przykłady wpisują się w omawiane (w rozdz. 2) już metody i strategie profilaktyczne.

Wprawdzie przegląd ofert projektowych wskazuje na to, że wiele z finansowanych działań (zwłaszcza profilaktycznych) jest mało skuteczna ze względu na formę tych działań (kampanie billboardowe, spotkania z terapeutą w szkole, festyn miejski). Można uznać, że pewnym sukcesem Programu jest to, że obok takich propozycji (standardowych i mało skutecznych), pojawiają się także nowe formy – np. oddziaływanie profilaktyczne przez modelowanie lub działania lecznicze, które nie opierają się na paradygmacie medycznym (terapia poza ośrodkiem).

Tabela 18. Przykłady dobrych praktyk

Czy któreś z wykorzystanych metod/technik pracy uznał(a)by P. za szczególnie skuteczne i godne polecenia jako przykład „dobrej praktyki”	Strategia profilaktyczna
Działania angażujące członków otoczenia (praca z młodzieżą i jej rodzicami). Warsztaty dla osób współuzależnionych. Grupy wsparcia dla rodziców, połączone z wyjazdem integracyjnym dla matek z dziećmi.	Rozwijanie umiejętności wychowawczych, wzmacnianie więzi rodzinnych
Włączenie do terapii elementów działania nie związanych z uzależnieniami w celu przekierowanie uwagi z samego siebie na inne grupy problemowe (np. opieki nad osobami niepełnosprawnymi)	Kształtowanie umiejętności życiowych
Spektakle terapeutyczne Psychodrama Przygotowanie (szkolenie) liderów wiejskich	Edukacja rówieśnicza Modelowanie postaw
Zmiana miejsca terapii – poza ośrodkiem Zajęcia terapeutyczne poza ośrodkiem, połączone z wędkowaniem,	Rozwój zasobów środowiskowych

kuligiem, ogniskiem	Od-medycyzynowanie uzależnień
Trening twórczości	Alternatywy

Zródło: *Badania własne, Toruń, październik 2011*

6. Trwałość działań projektowych

Korzyścią dodatkową związaną z realizacją projektów mogłoby być stworzenie trwałych struktur instytucjonalnych, które pozwolą w przyszłości na efektywne rozwiązywanie problemów alkoholizmu, narkotyków oraz HIV/AIDS. Na podstawie wypowiedzi badanych można orzec, że do takich trwałych efektów należy stworzenie schematów działania z daną grupą beneficjentów (średnia ocena to 4,18 na skali 1-5) oraz wytworzenie materiałów edukacyjnych (3,95), z których część zachowała swoją przydatność także po zakończeniu realizacji projektu (3,87). Prawie 2/3 badanych potwierdza także, że w ramach projektu stworzono stałą sieć wsparcia dla osób uzależnionych lub osób należących do grup podwyższonego ryzyka. Z drugiej strony obserwujemy jednak także mniej pozytywne zjawiska – małą wagę przywiązuje się do przygotowania personelu oraz sieci współpracy międzyinstytucjonalnej. Są to działania, które mogłyby w przyszłości ułatwiać skuteczną realizację działań profilaktycznych lub rehabilitacyjnych i leczniczych.

7. Efektywność projektów

O efektywności projektów można rozstrzygać na dwa uzupełniające się sposoby. Po pierwsze, w oparciu o bilans kosztów realizacji programu w porównaniu z liczbą beneficjentów bezpośrednich i pośrednich Programu. Po drugie, w oparciu o deklaracje samych realizatorów projektów.

Pierwsza metoda jest niemożliwa bądź bardzo trudna do zastosowania, ze względu na brak precyzyjnych informacji na temat liczby beneficjentów lub nierozdzielanie w sprawozdaniach beneficjentów bezpośrednich i pośrednich. Proste analizy na podstawie dostępnych (a więc niepełnych danych) wskazują np. że w kolejnych latach rosną wydatki na każdego beneficjenta podejmowanych działań. Ilustracją tego może być fakt, że w 2009 roku na jednego beneficjenta wydano średnio 29 zł, z czego 16 zł z uzyskanej dotacji, a w 2010 roku – 45 zł, z czego 19 zł z dotacji. Wskaźniki te są jednak niedoskonałe, ponieważ zbudowane są o niepełne dane. I tak w 2009 roku więcej było uczestników imprez otwartych i festynów, a zatem środki na jedną osobę są relatywnie mniejsze. Jednak liczba beneficjentów jest nieweryfikowalna i w rzeczywistości wydatki na każdego beneficjenta mogły być znacząco wyższe.

8. Wnioski i rekomendacje

Realizowane projekty w istotny sposób wpływały na rozwiązywanie problemów alkoholizmu, narkomanii oraz HIV/AIDS w województwie. Działania te w dużej mierze skoncentrowane wokół ośrodków centralnych w województwie prowadzone są także w mniejszych miejscowościach i gminach.

Zasadniczo cele założone w 2006 roku zostały osiągnięte, chociaż w efekcie sposobu organizacji procedury konkursowej nie jest możliwe precyzyjne wyliczenie osiągniętych wyników, nie jest możliwa także ocena, czy odpowiadają one potrzebom beneficjentów, ponieważ większość projektodawców nie prowadzi diagnozy takich potrzeb.

Projekty były zróżnicowane ze względu na jakość podejmowanych działań oraz skuteczność oddziaływania.

W ramach tych samych konkursów przyznawane były środki na przemyślane, oparte na rzetelnym wstępnym rozpoznaniu problemu, który ma być rozwiązany, uważnym doborze środków i zakresu oddziaływania, nowoczesnych metod pracy, ale i na takie projekty, które sięgają po metody tradycyjne, których skuteczność jest wątpliwa.

Rekomendacje:

3. Określenie poziomu/skali zjawisk, które mają ulec zmianie pod wpływem realizacji Programu w latach 2011-2015.
4. Doprecyzowanie wskaźników, które mają świadczyć o realizacji Programu.
5. Wprowadzenie na poziomie konkursu i sprawozdań z realizacji takich formularzy, które wymuszają na projektodawcach, precyzyjniejsze zarysowanie planowanych działań, liczby beneficjentów, sposobów oddziaływania na nich.
6. Wprowadzenie do formularzy ofertowych konieczności uzasadnienia podejmowanych działań oraz stosowanych metod i technik oddziaływania.
7. Wprowadzenie do formularzy ofertowych zalecenia wykazania wskaźników do osiągnięcia, które spełniają regułę SMART, to znaczy są konkretne, mierzalne, osiągalne, realistyczne w danej perspektywie czasowej.
8. Wprowadzenie wymogu mierzenia efektu swoich działań, co umożliwi Pełnomocnikowi faktyczny ogląd postępów w osiąganiu celów Województwa.

W ramach wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych samorządy części województw zaangażowane były w ogólnospołeczne działania edukacyjno-informacyjne z zakresu między innymi profilaktyki problemów

alkoholowych.

W województwie kujawsko-pomorskim zorganizowano akcję promującą zdrowy tryb życia wolny od uzależnień „Żyć lepiej”, zrealizowano programy telewizyjne „Bieganie uniezależnia” oraz „Rzuć nałogi-stań na nogi” łączące zagadnienia profilaktyki uzależnień z wydarzeniami sportowymi. W latach 2006-2010 zorganizowano i współorganizowano konferencje oraz szkolenia dla różnych grup zawodowych, poświęcone tematyce uzależnień. Prowadzono własne kampanie społeczno-edukacyjno („Przeciw uzależnieniom – to nasza wspólna sprawa”), jak również zainicjowane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych („Cięża bez alkoholu”, „Sprawdź, czy Twoje picie jest bezpieczne”, „Dzieciństwo bez przemocy”), Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii („Bliżej siebie – dalej od narkotyków”, „Pilnuj drinka”, „Dopalacze mogą Cię wypalić. Poznaj fakty”, „Brałeś? Nie jedź. Po narkotykach rozum wysiada”) oraz Krajowe Centrum ds. AIDS („Rodzina Razem Przeciw AIDS”, „Wróć bez HIV”).

Poza tym samorządy wojewódzkie realizują „leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych od alkoholu” (art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi). W każdym województwie zostały powołane Wojewódzkie Ośrodki Terapii Uzależnienia od Alkohol i Współuzależnienia (WOTUW), na które nałożono liczne obowiązki pozalecznicze. Poza przekazywaniem środków WOTUW na realizację zadań pozaleczniczych, Urzędy Marszałkowskie dofinansowywały w 2010 r. działalność leczniczą zakładów leczenia uzależnienia od alkoholu, wobec których były organem założycielskim. Żadnych środków na ten cel nie przeznaczyło województwo kujawsko-pomorskie.

Analiza SWOT:

Mocne strony	Słabe strony
<ol style="list-style-type: none">1. Młodzież jest dobrze zorientowana w skali zagrożeń w efekcie używania substancji psychoaktywnych.2. Niższe wskaźniki spożywania alkoholu w porównaniu do danych ogólnopolskich.3. Niższe wskaźniki używania marihuany i haszyszu w porównaniu do danych ogólnopolskich.4. Niższe wskaźniki używania dopalaczy w porównaniu do danych ogólnopolskich.5. Niższe wskaźniki rozpowszechniania częstego picia alkoholu w porównaniu do poziomu ogólnopolskiego.	<ol style="list-style-type: none">1. Niewystarczająca wiedza przekazywana przez nauczycieli o konsekwencjach picia alkoholu (oczekiwania pozytywne według oceny młodzieży względem spożywania alkoholu).2. Nieprzestrzeganie polskiego prawa w sprzedaży alkoholu i tytoniu dla osób nieletnich.3. Wyższe wskaźniki palenia tytoniu przez młodzież w porównaniu do danych ogólnopolskich.4. Dostępność substancji psychoaktywnych i wskazanie miejsc zakupu tj. przetworów

<p>6. Najniższe spożycie wódki w porównaniu z innymi województwami.</p> <p>7. W ramach projektów tworzona jest stała sieć wsparcia dla osób uzależnionych lub osób należących do gr. podwyższonego ryzyka.</p> <p>8. Działania podmiotów biorących udział w konkursach mają w większości charakter kompleksowy.</p> <p>9. Wprowadzane są (coraz bardziej) nowoczesne metody oddziaływania</p>	<p>konopi, amfetaminy i ekstazy w porównaniu do innych województw plasuje się na pierwszej pozycji.</p> <p>5. Niewystarczająca edukacja społeczna.</p> <p>6. Przywiązywanie małej wagi do przygotowania personelu oraz sieci współpracy międzyinstytucjonalnej.</p> <p>7. Nierówny udział ośrodków lokalnych w Programie.</p> <p>8. Brak pomiarów skuteczności oddziaływań.</p> <p>9. Słabe lub powierzchowne rozpoznanie potrzeb, problemów, które mają być rozwiązane przez projektodawców.</p>
Szanse	Zagrożenia
<p>1. Wyszkolenie osób w środowiskach lokalnych z zakresu profilaktyki uzależnień, konsekwencji spożywania alkoholu.</p> <p>2. Organizacja warsztatów kształtowania umiejętności psychospołecznych dla nauczycieli.</p> <p>3. Wskazanie poprzez pogadanki alternatyw spędzania wolnego czasu dla uczniów przez wychowawców.</p> <p>4. Wzmocniony monitoring i kontrola sprzedaży alkoholu.</p> <p>5. Prowadzenie działań profilaktycznych na ograniczenie rozmiarów używania marihuany lub haszyszu.</p> <p>6. Przeformułowanie akcentów w strategii prewencyjnej.</p> <p>7. Stworzenie trwałych struktur instytucjonalnych, które w przyszłości pozwolą na efektywne rozwiązywanie problemów związanych z używaniem alkoholu, narkotyków oraz HIV/AIDS.</p> <p>8. Uwzględnienie diagnoz społecznych w programowaniu kolejnego okresu realizacji Programu Wojewódzkiego.</p> <p>9. Wzrost doświadczenia wszystkich stron zaangażowanych w realizację Wojewódzkiego Programu.</p>	<p>1. Społeczne przyzwolenie na proceder używania substancji psychoaktywnych i związanych z nią szkód.</p> <p>2. Społeczne przyzwolenie na zakup alkoholu i tytoniu.</p> <p>3. Brak konkurencyjnego pomysłu/strategii na realizację nowych projektów wśród potencjalnych wykonawców.</p>

2.4. System monitorowania działań

Na zlecenie Zarządu Województwa w 2011 r. została opracowana metodologia ewaluacji i monitoringu wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów

alkoholowych, narkomanii, i innych uzależnień oraz HIV/AIDS w województwie kujawsko-pomorskim w latach 2011-2015. Została przygotowana propozycja formularza do gromadzenia niezbędnych danych - „**karta projektu**”. Pozwoli to na uzyskanie informacji m.in. metodyki pracy, liczbę odbiorców działań (bezpośrednich i pośrednich) oraz metodykę wyliczeń oddziaływania środowiskowego (odbiorców pośrednich działań). Niezbędnym jest także wykonanie **badania inwentaryzacyjnego** tj. takiego, które służyłoby dokładnemu opisowi stanu szeroko rozumianej infrastruktury w regionie. Ważnym postulatem jest wprowadzenie do formularzy ofertowych konieczności:

- uzasadnienia podejmowanych działań oraz stosowanych metod i technik oddziaływania,
- zalecenia wykazania wskaźników do osiągnięcia, które spełniają regułę SMART, to znaczy są konkretne, mierzalne, osiągalne, realistyczne w danej perspektywie czasowej.

3. CELE I DZIAŁANIA WOJEWÓDZKIEGO PROGRAMU PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH DO 2015 ROKU

3.1. Ogólne założenia Programu

Samorząd województwa odpowiada za koordynację, przygotowanie oraz realizację Wojewódzkiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Poniższe cele strategiczne odzwierciedlają priorytetowe kierunki działań dla samorządu województwa w obecnie obowiązującym Narodowym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015 r.

Dokumentami, z którymi koresponduje Wojewódzki Program, są następujące programy:

- Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii w Województwie Kujawsko-Pomorskim do 2016 roku,
- Wojewódzki Program Przeciwdziałania Przemocy.

3.2. Cele, działania, beneficjenci oraz wskaźniki efektywności Programu

Cel główny: Podejmowanie działań na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w województwie kujawsko-pomorskim

Cel strategiczny I: Poprawa jakości działań podejmowanych przez samorządy gmin w ramach realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

Planowane działania	Odbiorcy	Wskaźniki realizacji celów	Źródło danych	Częstotliwość / forma monitoringu
Cele cząstkowe:				
<p>1. Podniesienie kompetencji członków GKRPA oraz pełnomocników/koordynatorów gminnych programów w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych</p> <p>2. Zwiększenie wiedzy wójtów/burmistrzów/prezydentów miast oraz radnych w zakresie polityki lokalnej wobec alkoholu jako zadania własnego gminy</p> <p>3. Zwiększenie liczby gminnych programów uwzględniających diagnozę lokalnych problemów, zasobów i potrzeb w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych</p>				
<ul style="list-style-type: none"> • Organizacja konferencji informacyjno-szkoleniowych • Prowadzenie konsultacji merytorycznych • Doradztwo, wymiana doświadczeń • Prowadzenie edukacji i wsparcia w zakresie sporządzania diagnozy lokalnych problemów, zasobów i potrzeb 	<ul style="list-style-type: none"> • Samorządy gminne • Członkowie Gminnych Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych • Pełnomocnicy/koordynatorzy gminnych programów w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych 	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba zorganizowanych konferencji, szkoleń, seminariów • Liczba gminnych programów uwzględniających diagnozę lokalnych problemów, zasobów i potrzeb w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych • Liczba i rodzaj badań przeprowadzonych w samorządach lokalnych 	Sprawozdania roczne	Raz w roku/ ankiety/sprawozdania

Cel strategiczny II: Ograniczenie szkód zdrowotnych wynikających ze spożywania alkoholu

Planowane działania	Odbiorcy	Wskaźniki realizacji celów	Źródło danych	Częstotliwość / forma monitoringu
Cele cząstkowe:				
1. Ograniczenie szkód zdrowotnych wynikających z picia szkodliwego i uzależnienia od alkoholu				
<ul style="list-style-type: none"> • Poszerzenie oferty programów terapeutycznych i wdrażanie oferty programów pogłębionej psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu • Rozwój oferty terapeutycznej, rehabilitacyjnej dla osób z podwójną diagnozą oraz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym • Prowadzenie edukacji publicznej dotyczącej ryzyka szkód zdrowotnych wynikających z różnych wzorów spożywania alkoholu • Prowadzenie szkoleń dla pracowników służby zdrowia nt. interwencji wobec osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie • Wspieranie środowisk abstynenckich • Zwiększenie oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej i integracji społecznej osób uzależnionych 	<ul style="list-style-type: none"> • Placówki leczenia odwykowego • Pracownicy leczenia odwykowego, pracownicy służby zdrowia • Osoby uzależnione i ich rodziny • Osoby przebywające w placówkach penitencjarnych 	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba osób pijących alkohol szkodliwie objętych świadczeniami opieki psychiatrycznej i zakładów leczenia odwykowego • Wysokość środków przeznaczonych przez samorząd województwa na realizację zadań pozaleczniczych Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia • Liczba zakładów leczenia odwykowego objętych programami konsultacyjno-superwizyjnymi • Liczba zakładów leczenia odwykowego oferujących pogłębione programy psychoterapii • Liczba działań edukacyjnych uczących różnorodnych metod leczenia osób uzależnionych (w tym psychoterapii) • Liczba zrealizowanych działań o charakterze edukacji publicznej • Liczba szkoleń i przeszkolonych pracowników służby zdrowia w obszarze rozpoznawania problemów alkoholowych i podejmowania interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykownie 	<p>Sprawozdania roczne. Wykaz ofert złożonych w konkursach. Wykaz zawartych umów. Dane statystyczne uzyskane od podmiotów udzielających porad. Budżet województwa.</p>	<p>Raz w roku/ sprawozdania/ankiety ewaluacyjne. Badanie satysfakcji odbiorców.</p>

<ul style="list-style-type: none"> od alkoholu po zakończonym programie terapeutycznym Wspieranie zatrudnienia socjalnego w centrach integracji społecznej i klubach integracji społecznej 		<ul style="list-style-type: none"> i szkodliwie Liczba stowarzyszeń abstynenckich Liczba działań nakierowanych na readaptację społeczną osób uzależnionych po zakończonym leczeniu odwykowym 		
--	--	---	--	--

Cel strategiczny III: Ograniczenie zaburzeń życia rodzinnego i rozwojowych dzieci z rodzin z problemem alkoholowym

Planowane działania	Odbiorcy	Wskaźniki realizacji celów	Źródło danych	Częstotliwość / forma monitoringu
Cele cząstkowe:				
<ol style="list-style-type: none"> Zwiększenie dostępności i poprawa jakości pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym Poprawa funkcjonowania rodziny dotkniętej problemem picia szkodliwego i uzależnienia od alkoholu Poprawa funkcjonowania dorosłych członków rodzin osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie 				
<ul style="list-style-type: none"> Wspieranie konsultacji i poradnictwa specjalistycznego dla rodziców i opiekunów dzieci z zespołem FASD i innymi zaburzeniami związanymi z piciem alkoholu przez kobiety w okresie ciąży Rozwijanie wsparcia środowiskowego dla dzieci z rodzin problemem alkoholowym (świetlice socjoterapeutyczne, świetlice z programem opiekuńczo wychowawczym, inne miejsca 	<ul style="list-style-type: none"> Dzieci, młodzież, dorośli członkowie rodzin z rodzin z problemem alkoholowym Kobiety w ciąży Rodzice i opiekunowie dzieci z zespołem FASD Pracownicy zakładów leczenia odwykowego Pracownicy świetlic socjoterapeutycznych i opiekuńczo-wychowawczych Pedagodzy szkolni, nauczyciele, pracownicy socjalni 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba świetlic realizujących program socjoterapeutyczny lub opiekuńczo-wychowawczy Liczba dzieci i młodzieży biorących udział w zajęciach odbywających się w ww. świetlicach Liczba dzieci i młodzieży uczestniczących w specjalistycznych formach pomocy Liczba konferencji, szkoleń, programów konsultacyjno-superwizyjnych dla pracowników świetlic i pracowników zakładów odwykowych 	<p>Wykaz ofert złożonych w konkursach. Wykaz zawartych umów. Sprawozdania z realizacji programów.</p>	<p>Raz w roku/ sprawozdania, ankiety po zakończeniu realizacji programu.</p>

<p>wsparcia)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Upowszechnianie działań profilaktycznych, edukacyjnych i terapeutycznych dla dzieci i młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym • Szkolenie dla pracowników świetlic z programem socjoterapeutycznym i opiekuńczo-wychowawczym oraz innych grup zawodowych w zakresie pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym • Realizacja działań konsultacyjno-superwizyjnych dla osób pracujących w świetlicach i innych placówkach świadczących pomoc dzieciom i młodzieży z rodzin z problemem alkoholowym • Zwiększenie dostępności oferty programów pomocy psychologicznej i psychoterapii dla dorosłych członków rodzin osób pijących alkohol szkodliwie lub uzależnionych • Wdrażanie do zakładów leczenia odwykowego oferty terapeutycznej pracy z rodziną z problemem alkoholowym 		<ul style="list-style-type: none"> • Liczba osób objętych programami szkoleniowymi i konsultacyjno-superwizyjnymi • Liczba zakładów leczenia odwykowego oferujących pomoc psychologiczną i psychoterapeutyczną dla rodzin osób pijących szkodliwie i uzależnionych od alkoholu. 		
---	--	---	--	--

Cel strategiczny IV: Ograniczenie zjawiska picia alkoholu przez dzieci i młodzież

Planowane działania	Odbiorcy	Wskaźniki realizacji celów	Źródło danych	Częstotliwość / forma monitoringu
<p>Cele częściowe:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zwiększenie jakości i dostępności programów profilaktycznych 2. Utrwalenie postaw abstynenckich oraz zwiększenie świadomości w zakresie szkód wynikających z picia alkoholu w środowisku dzieci i młodzieży 3. Zmniejszenie liczby młodzieży często pijącej alkohol i upijającej się 4. Zmiana postaw dorosłych wobec picia alkoholu przez dzieci i młodzież oraz zwiększenie kompetencji wychowawczych rodziców 				
<ul style="list-style-type: none"> • Wdrażanie rekomendowanych programów profilaktycznych opartych na skutecznych strategiach oddziaływań • Wspieranie kampanii edukacyjnych mających na celu zwiększenie świadomości młodzieży na temat szkód wynikających z picia alkoholu przez dzieci i młodzież • Wspieranie działań związanych z kreowaniem zdrowego stylu życia z uwzględnieniem aktywności kulturalnej i sportowej dzieci i młodzieży • Podejmowanie działań profilaktycznych z obszaru profilaktyki selektywnej i wskazującej, adresowanych do grup ryzyka i młodych ludzi eksperymentujących 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacje pozarządowe • Dzieci i młodzież z województwa kujawsko-pomorskiego • Osoby dorosłe, rodzice 	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba rekomendowanych programów profilaktycznych • Liczba młodzieży uczestniczącej w programach profilaktycznych realizowanych na terenie szkół, placówek opiekuńczo-wychowawczych, itp. • Liczba młodzieży uczestniczącej w programach rówieśniczych • Liczba dzieci i młodzieży uczestnicząca w zajęciach sportowych, kampaniach i programach promujących aktywność fizyczną i zdrowy styl życia • Liczba przedsięwzięć/kampanii, które uzyskały wsparcie • Liczba gmin realizujących programy profilaktyczne i edukacyjne adresowane do rodziców • Liczba placówek realizujących działania z obszaru profilaktyki selektywnej i wskazującej 	<p>Wykaz ofert złożonych w konkursach. Wykaz zawartych umów. Sprawozdania z realizacji programów</p>	<p>Po zakończeniu programu/ankiety Monitoring raz w roku.</p>

<ul style="list-style-type: none"> z alkoholem Upowszechnianie programów edukacyjnych adresowanych do rodziców, zwiększających ich kompetencje wychowawcze w obszarze profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci 				
--	--	--	--	--

Cel strategiczny V: Ograniczenie przypadków naruszenia prawa w związku z alkoholem

Planowane działania	Odbiorcy	Wskaźniki realizacji celów	Źródło danych	Częstotliwość / forma monitoringu
Cele częściowe:				
1. Ograniczenie zjawiska prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu				
<ul style="list-style-type: none"> Prowadzenie edukacji publicznej na temat działania alkoholu na organizm i ryzyka szkód w kontekście prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu 	<ul style="list-style-type: none"> Uczestnicy ruchu drogowego Mieszkańcy województwa kujawsko-pomorskiego 	<ul style="list-style-type: none"> Liczba przeprowadzonych kampanii edukacyjnych 	Wykaz ofert złożonych w konkursach.	Raz w roku/ sprawozdanie

3.3. 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 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”.

Wysokość środków planowanych na realizację Programu w latach 2012-2015 (w zł):

Rok	2012	2013	2014	2015
Dział 851 rozdział 85154	450 000,00	450 000,00	450 000,00	450 000,00

Każdego roku w ramach Programu co najmniej 250 000,00 zł przeznacza się na zlecenie zadań publicznych z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom w trybie ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

3.4. Zalecenia realizacji programu

1. Zadania Wojewódzkiego Programu winny być bezpośrednio powiązane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych.
2. Działania będą podejmowane przez właściwe biuro ds. uzależnień wspólnie 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

właściwe biuro ds. uzależnień.

5. Program będzie poddawany systematycznej ewaluacji.
6. Środki na realizację zadań wynikających z Programu ujęte zostaną w budżecie Województwa.
7. Program Wojewódzki jest otwarty i może być wzbogacony o nowe treści.
8. 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.

3.5. Oczekiwane efekty realizacji Programu

Oczekiwany efektami realizacji Programu będą:

- Poszerzenie kompetencji związanych z profilaktyką i terapią przez profesjonalistów w obszarze rozwiązywania problemów alkoholowych,
- 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,
- Podniesienie wiedzy społeczeństwa województwa kujawsko-pomorskiego w obszarze ograniczenia zjawiska i skutków picia alkoholu ze szczególnym uwzględnieniem kobiet w ciąży,
- Poszerzenie realizacji rekomendowanych programów profilaktycznych,
- Profesjonalne funkcjonowanie Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia oraz innych placówek leczenia odwykowego na terenie województwa kujawsko-pomorskiego,
- 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.

3.6. Konsultacje Programu

W celu zasięgnięcia społecznej konsultacji Wojewódzki Program został zamieszczony na stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego oraz przekazany Pełnomocnikowi do spraw Współpracy z Organizacjami Pozarządowymi.