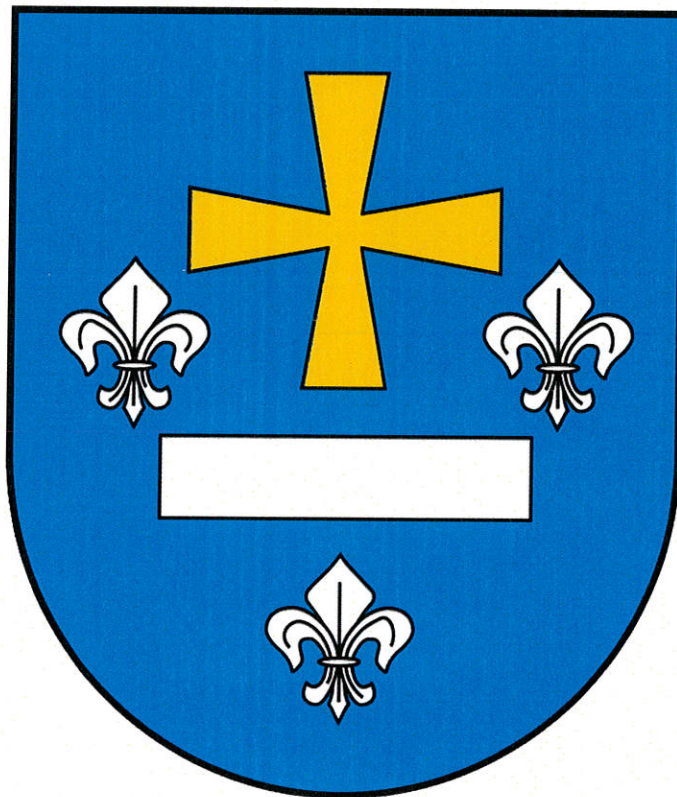


Załącznik Nr 1
do Uchwały Nr XLV/182/2017
Rady Miasta Skierniewice
z dnia 18 grudnia 2017 r.

MIEJSKI PROGRAM PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH NA ROK 2018



Spis treści:

Wykaz skrótów	3
1. Analiza potrzeb zdrowotnych w zakresie dotyczącym profilaktyki alkoholowej.....	4
2. Umocowanie formalne programu.....	12
3. Założenia i cele programu	17
4. Działania.....	19
5. Podmioty realizujące działania.....	29
6. Ewaluacja programu.....	31
7. Syntetyczna prezentacja schematu działań przewidzianych do realizacji w ramach programu	35
8. Finansowanie programu	40
9. Spis rycin.....	41
10. Spis tabel	42
9. Piśmiennictwo	43

Wykaz skrótów

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome (Zespół Nabytego Niedoboru Odporności)

FASD - Fetal Alcohol Spectrum Disorder (Płodowy Zespół Alkoholowy)

HIV - Human Immunodeficiency Virus (Ludzki Wirus Niedoboru Odporności)

MOPR – Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie

UE – Unia Europejska

WHO – World Health Organisation (Światowa Organizacja Zdrowia)

1. Analiza potrzeb zdrowotnych w zakresie dotyczącym profilaktyki alkoholowej

1.1. Wprowadzenie

Nadmierne i nieodpowiedzialne spożycie alkoholu pozostaje jednym z najważniejszych globalnych problemów dotyczących sfery zdrowotnej oraz społecznej. Pomimo faktu, iż jedynie połowa populacji świata spożywa alkohol, pozostaje on trzecim najważniejszym czynnikiem ryzyka powodującym zły stan zdrowia i przedwczesny zgon. Przyczynami o większej doniosłości są jedynie: niska masa urodzeniowa oraz ryzykowne zachowania seksualne, gdzie jednak w obu przypadkach alkohol jest także jednym z czynników ryzyka. Podobna sytuacja dotyczy szeregu innych bezpośrednich negatywnych determinantów zdrowia, jak np. choroby zakaźne (dowodzono zwiększonego ryzyka zachorowania na HIV/AIDS, gruźlicę i zapalenie płuc u osób nadużywających alkoholu) i niezakaźne (niektóre choroby sercowo-naczyniowe, marskość wątroby, niektóre choroby nowotworowe, zaburzenia psychiczne) czy urazy zewnętrzne (włączając w tę grupę wypadki drogowe). Poza efektami bezpośrednio zdrowotnymi, alkohol jest również przyczyną występowania negatywnych zjawisk w życiu społecznym, wpływając niekorzystnie na jakość życia rodzinnego, niosąc ze sobą ryzyko wystąpienia przemocy w rodzinie (a także innych sferach życia społecznego), rozpadu związków oraz wykluczenia społecznego. Nadmierna konsumpcja alkoholu jest wreszcie czynnikiem negatywnie wpływającym na uwarunkowania ekonomiczne – obniża produktywność, zwiększa niebezpieczeństwo występowania absencji w pracy, a w wymiarze mikroekonomicznym – zwiększa ryzyko bezrobocia i ubóstwa, co ponownie przekłada się w sposób niekorzystny na harmonijność i stabilność funkcjonowania rodzin i społeczności¹.

Alkoholizm jest przyczyną zgonów i pogorszenia stanu zdrowia przede wszystkim w średnich grupach wiekowych, w większym stopniu problem ten dotyczy mężczyzn, niż kobiet (u których z kolei częściej diagnozuje się zaburzenia o charakterze nerwicowym i depresyjnym; można zatem zaryzykować tezę, iż są to dwa rodzaje zaburzeń częściowo

1. 1 Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. World Health Organization, Genewa 2010 oraz European Action Plan to Reduce the Harmful Use of Alcohol 2012-2020. WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga 2012.

przynajmniej wynikające ze zbliżonego rodzaju uwarunkowań, gdzie obie płcie w różny sposób reagują na niekorzystne impulsy). Jest jednak kwestią bezwzględnie wymagającą podkreślenia, iż negatywne skutki zdrowotne spożycia alkoholu dotyczą każdego etapu życia człowieka, poczynając od okresu prenatalnego. Problem ryzyka uszkodzenia płodu i negatywnego warunkowania późniejszego rozwoju intelektualnego dzieci matek spożywających alkohol w czasie ciąży jest dobrze rozpoznany naukowo i dowiedziony szeregiem badań prowadzonych na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat. Szczególnie czuły na negatywny wpływ alkoholu jest również mózg dzieci i młodzieży, gdzie dodatkowo wcześniejszy kontakt z alkoholem zwiększa ryzyko wystąpienia zjawiska alkoholizmu w życiu dorosłym.²

Wg danych Światowej Organizacji Zdrowia w roku 2004 na całym świecie 2,5 miliona osób zmarło z przyczyn mających związek ze spożyciem alkoholu. W tej liczbie około 13% stanowili ludzie młodzi, w przedziale wiekowym 25-29 lat. WHO szacuje, iż alkohol jest odpowiedzialny za 3,8% wszystkich zgonów na świecie i dodatkowo 4,5% przewlekłych stanów chorobowych i niepełnosprawności. Ma to miejsce pomimo pewnego pozytywnego wpływu umiarkowanej konsumpcji alkoholu na zdrowie człowieka, w szczególności w zakresie dotyczącym ryzyka choroby niedokrwiennej serca, gdzie jednak, jak pokazują najnowsze badania, pozytywny efekt zdrowotny ma miejsce prawdopodobnie raczej wskutek współwystępowania pewnych czynników ochronnych, a nie samej konsumpcji alkoholu. Możliwe jest zatem osiągnięcie pozytywnego efektu także z pominięciem tej konsumpcji.³

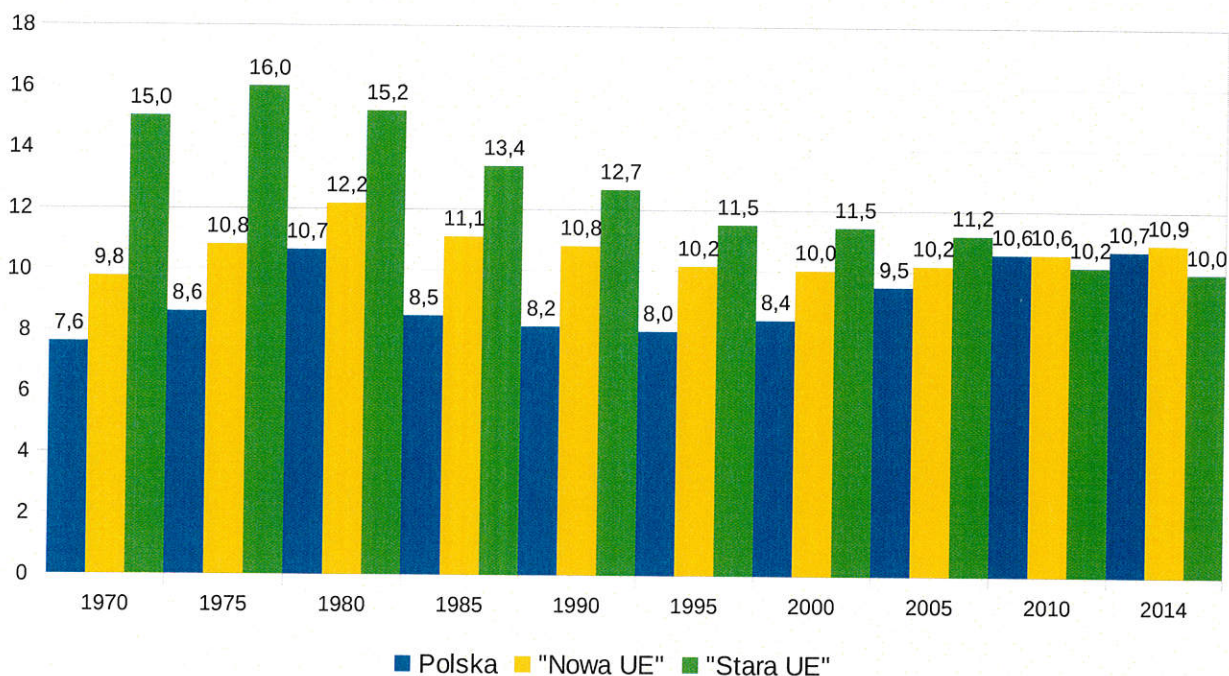
1.2. Trendy dotyczące poziomu i charakterystyki spożycia alkoholu

Na poniższym wykresie (ryc. 1.) zaprezentowano dane dotyczące poziomu spożycia alkoholu w Polsce na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat. Dla lepszego zobrazowania danych pokazano również tło porównawcze w postaci zagregowanych danych dla tzw. „nowych” krajów członkowskich UE (tj. państw, które przystąpiły do UE poczynając od 2004 roku) oraz tzw. „starych” krajów członkowskich UE (tj. państw, które były członkami Unii przed 1 maja 2004 roku).⁴

2. 2 Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. World Health Organization, Genewa 2010.

3 Tamże.

4 Dane zaczerpnięte z bazy danych „WHO Health for All”: <http://data.euro.who.int/hfad/>



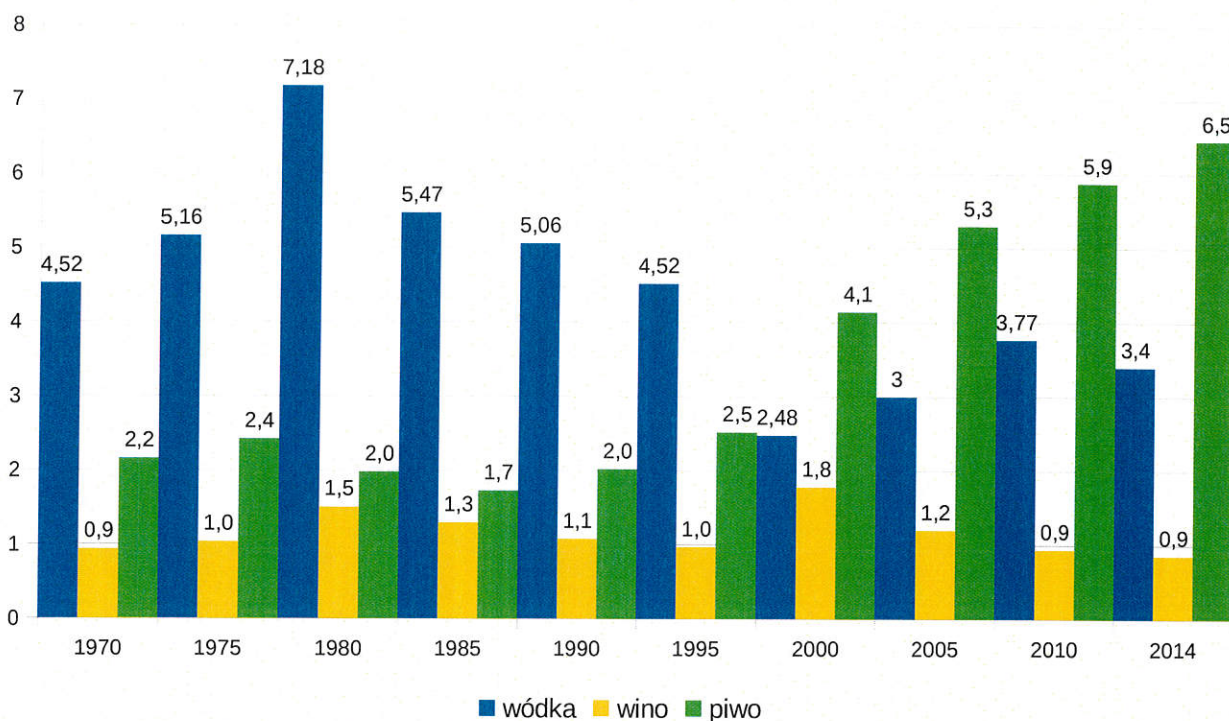
Rycina 1. Średnie spożycie czystego alkoholu w litrach na mieszkańca, dla populacji powyżej 15 r.ż. w Polsce oraz „nowych” i „starych” krajach członkowskich UE.

Źródło: WHO

Powyższy wykres pokazuje, iż trend w zakresie dotyczącym sumarycznej konsumpcji alkoholu w Polsce prezentuje się odmiennie, niż ma to miejsce w krajach „starej” UE, jest natomiast zbliżony z podobnego rodzaju danymi dla krajów „nowej” UE. Suma spożywanego alkoholu pokazywała tendencję wzrostową w latach 70-tych, by następnie zmaleć w kolejnej dekadzie i ponownie wzrosnąć (wykazując w tym zakresie dużą regularność trendu) w okresie po transformacji systemowej. W przypadku państw „starej” UE zauważalny jest pewien nieznaczny trend wzrostowy w latach 70-tych, a następnie stała tendencja spadkowa widoczna aż do dnia dzisiejszego. W rezultacie, choć kilka dekad temu sumaryczna konsumpcja alkoholu w Polsce pozostawała znacząco niższa, niż w krajach dzisiejszej „starej” UE (około dwukrotna różnica, jakkolwiek pojawia się problem rzetelności danych dla Polski

i ewentualnego niedoszacowania w związku z konsumpcją nierejestrowaną), w chwili obecnej poziom ten w Polsce jest już wyższy, niż w porównywanej grupie państw. Jeśli natomiast chodzi o grupę krajów tzw. „nowej” UE, a więc tych, które przeszły podobnego rodzaju ścieżkę przemian społecznych i ekonomicznych, co Polska, jak wspomniano, trend jest tu zbliżony do tego, który obserwujemy w Polsce. Jednakże także tutaj zauważalna jest zmiana różnicy w poziomie konsumpcji przy zestawieniu Polski z porównywaną grupą. O ile w latach 70-tych XX wieku różnica ta wynosiła około 2 litrów na osobę (na korzyść Polski), o tyle obecnie jest to już jedynie 0,2 litra na osobę.

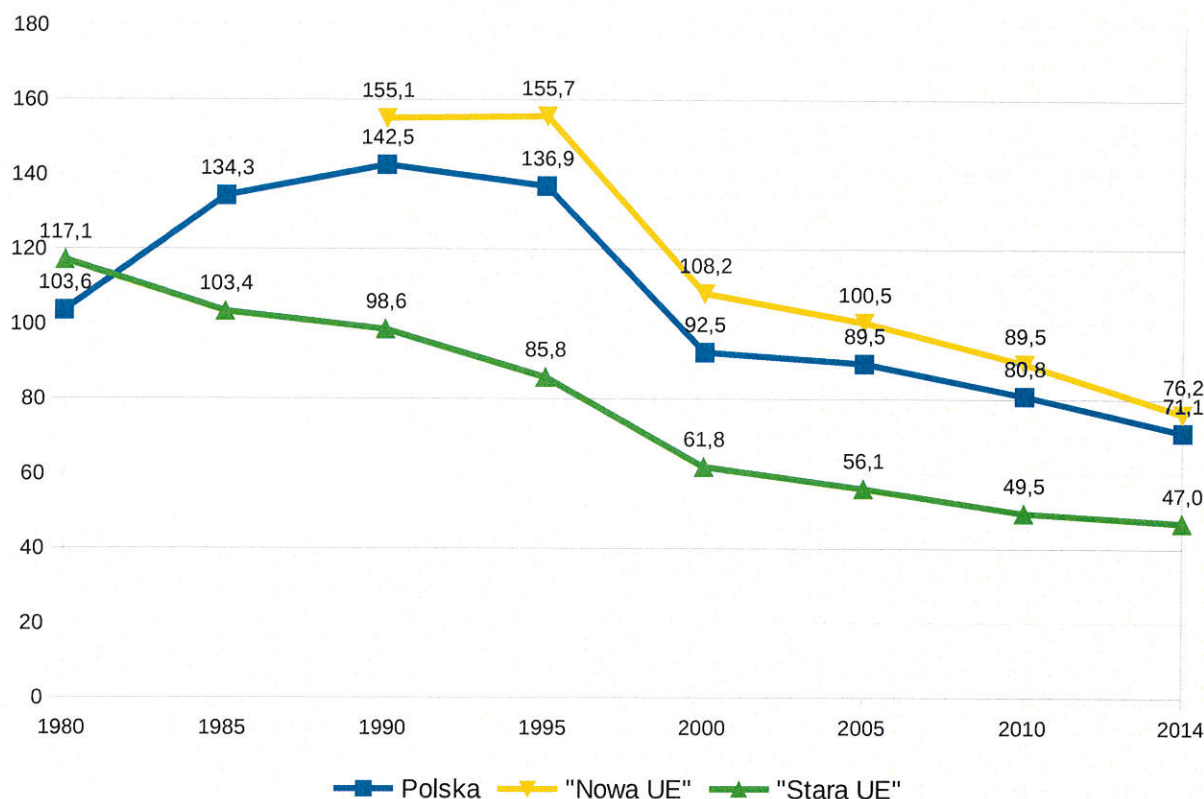
Powyższe dane należałoby interpretować jako przedstawiające Polskę w niekorzystnym świetle i negatywnie świadczące o efektywności dotychczasowych działań podejmowanych w zakresie profilaktyki alkoholowej w naszym kraju. Ów negatywny obraz ulega częściowemu złagodzeniu, gdy przyjrzeć się charakterystyce konsumpcji alkoholu, a w szczególności preferowanym formom. O ile w okresie PRL szczególnie chętnie spożywanym trunkiem były wódki, o tyle w okresie po transformacji systemowej widać bardzo wyraźny wzrost popularności alkoholi niskoprocentowych, w szczególności piwa (popularność wina, pomimo okresowych wahań, pozostaje na względnie stałym, niskim, poziomie). Warto jednak zauważyć, iż po 1995 roku popularność mocnych alkoholi ponownie zaczęła rosnąć (ryc. 2.)



Rycina 2. Trendy w zakresie rodzajów spożywanych alkoholi w Polsce.

Źródło: WHO

Potwierdzeniem poprawy społecznej sytuacji w zakresie dotyczącym konsumpcji alkoholu są dane epidemiologiczne dotyczące zgonów związanych z jego spożyciem. Widoczny jest w tym zakresie systematyczny spadek poczynając od lat 90-tych (po uprzednim wzroście), gdzie dynamika tego spadku zbliżona jest do tej, która charakteryzuje kraje „starej” UE. Jednocześnie jednak świadectwem wciąż istniejących silnych potrzeb zdrowotnych w odniesieniu do tej sfery jest różnica pomiędzy Polską, a średnimi danymi dla „starej” UE, gdzie umieralność jest niższa o około 34%, i to pomimo zbliżonych danych dotyczących globalnej konsumpcji alkoholu. Warto dodatkowo zauważyć, że choć Polska wypada korzystniej, niż pozostałe kraje tzw. „nowej” Unii, różnica ta systematycznie zmniejsza się, ukazując większą dynamikę spadku w krajach sąsiednich, niż ma to miejsce w Polsce (ryc. 3.).



Rycina 3. Trendy w zakresie zgonów powiązanych ze spożyciem alkoholu w Polsce oraz „nowych” i „starych” krajach członkowskich UE.

Źródło: WHO

Analiza powyższych trendów w zakresie dotyczącym całej Polski pokazuje, iż, pomimo pewnych zauważalnych pozytywnych zmian w odniesieniu do zachowań zdrowotnych związanych z konsumpcją wyrobów alkoholowych, wciąż istnieją konkretne potrzeby, które winny być przedmiotem interwencji ze strony organów odpowiedzialnych za politykę społeczną i zdrowotną. Dobitnie świadczą o tym dane dotyczące liczby stwierdzanych przypadków uzależnienia od alkoholu oraz leczenia z tym związanego. Pomiedzy rokiem 1990 a 2007 liczba osób leczonych ambulatoryjnie w Polsce z powodu uzależnienia od alkoholu wzrosła o 82%: z poziomu 261 osób na 100 tys. mieszkańców, do 476 osób na 100 tys. mieszkańców. Jeszcze większy wzrost zarejestrowano w przypadku leczenia stacjonarnego, gdzie różnica między rokiem 1990 (100 leczonych na 100 tys. mieszkańców) a 2007 (196 osób na 100 tys. mieszkańców) wyniosła 96%. Sytuacja uległa pewnej poprawie w kolejnych latach, gdzie w roku 2014 osób leczących się

w związku z nadużywaniem alkoholu w skali całej Polski było 450,4 na każde 100 tys. mieszkańców. Narodowy Program Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 liczbę osób uzależnionych od alkoholu w grupie wiekowej 18-64 lat szacuje na 616,1 tys. osób, co stanowi 2,4% populacji w tym przedziale wiekowym. Jeszcze bardziej niepokojąca jest liczba osób nadużywających alkoholu. Wynosi ona ponad 3 mln osób, co stanowi 12% ludności w tym przedziale wiekowym.⁵

Sytuacja dotycząca województwa łódzkiego przedstawia się szczególnie niekorzystnie. Liczba hospitalizacji związanych z nadmiernym spożyciem alkoholu w roku 2007 wynosiła 236,8 osób na 100 tys. mieszkańców i była o blisko 21% wyższa, niż średnia dla całego kraju. Był to jednocześnie piąty najgorszy wynik spośród wszystkich województw. W roku 2014 liczba osób leczących się w poradniach w związku z nadużywaniem alkoholu w województwie łódzkim wynosiła 566,4 na 100 tys. mieszkańców, będąc o blisko 26% wyższą, niż średnia dla całego kraju. Jest to trzeci najgorszy rezultat spośród wszystkich województw. Efekt ten rysuje się pomimo na pozór korzystnych danych dotyczących częstotliwości konsumpcji alkoholu. Według danych dla roku 2014, codzienne picie alkoholu deklarowało 1,3% ludności województwa, wobec średniej dla całego kraju na poziomie 1,8%. Z kolei wyższy, niż dla całej Polski, okazał się odsetek osób deklarujących bardzo rzadkie spożywanie alkoholu (raz w miesiącu lub rzadziej): 43,5% wobec 40,6% dla całej Polski, a także abstynentów: 28,1% wobec 27,8% dla całej Polski. Warto dodatkowo nadmienić, że ogółem sytuacja epidemiologiczna województwa łódzkiego przedstawia się wyraźnie niekorzystnie w skali całego kraju. Województwo notuje najniższe wartości trwania życia – zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn. Województwo ponadto charakteryzuje się najwyższymi w skali kraju współczynnikami umieralności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów, przyczyn zewnętrznych oraz chorób układu trawiennego w grupie wiekowej 18-64 lat. Każda z tych przyczyn może mieć związek z problemem nadmiernego spożycia alkoholu⁶.

Problemy społeczne i zdrowotne wynikające ze spożycia alkoholu są zauważalne także w Skierniewicach. W pierwszych trzech kwartałach roku 2016 153 rodziny zostały objęte przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie pomocą materialną, w związku z uzależnieniem lub nadużywaniem alkoholu. Stanowiło to 14% wszystkich rodzin objętych

3. 5 Stan Zdrowia Ludności Polski w 2014 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016;
Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2015 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017.

6 Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2015 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017.

pomocą MOPR. Dla mieszkańców miasta założono 87 „niebieskich kart” w związku z wystąpieniem zjawiska przemocy w rodzinie, a także podjęto 1353 interwencje policyjne z tym zjawiskiem związane. Liczba ta była wyższa w porównaniu z latami poprzednimi, choć jednoznacznego trendu wzrostowego nie zauważa się. W relatywnie niedużej skali rejestrowano zdarzenia w postaci stwierdzenia nietrzeźwości kierowcy czy też zakłócenia porządku publicznego pod wpływem alkoholu. W ujęciu statystycznym można stwierdzić, iż podobnego rodzaju przypadki miały miejsce rzadziej, niż raz dziennie w skali roku.⁷

W szkołach funkcjonujących na terenie Skierniewic przeprowadzone zostało badanie wśród uczniów dotyczące spożywania alkoholu oraz innych używek. Badanie objęło 3485 uczniów (1641 dziewcząt i 1841 chłopców), z czego 3182 w wieku 10-18 lat i 303 w wieku powyżej 18 lat. Jego wyniki pokazują zjawiska ciekawe oraz istotne z punktu widzenia planowania działań profilaktycznych. Zdecydowana większość uczniów potwierdziła, iż spożywanie alkoholu jest szkodliwe dla zdrowia, gdzie jednocześnie zauważalny jest systematyczny spadek twierdzących odpowiedzi wraz ze wzrostem wieku badanych. W szkole podstawowej odpowiedzi twierdzące udzieliło ponad 94% uczniów, podczas gdy w gimnazjach było to niespełna 88%, zaś w szkołach średnich już tylko nieco ponad 72%. Podobnego rodzaju prawidłowość zaobserwowano w przypadku pytania dotyczącego zagrożenia uzależnieniem u młodzieży spożywającej alkohole niskoprocentowe. W szkole podstawowej twierdząco na tak postawione pytanie odpowiedziało blisko 85% uczniów, w gimnazjach – 75,5%, zaś w szkołach średnich już tylko 57,3%. Uczniowie wszystkich szczebli w podobnych odsetkach potwierdzali, iż rodzice rozmawiają z nimi na temat zagrożeń związanych z piciem alkoholu (65 – 70%; najczęściej w przypadku gimnazjów, najmniej w szkołach podstawowych), systematycznie zmniejszał się natomiast odsetek tych, którzy deklarowali, iż zakup alkoholu jest dla nich problematyczny (ponad 81% w przypadku uczniów szkół podstawowych, 67,5% w gimnazjach i jedynie 91,3% w szkołach średnich). Co wreszcie najistotniejsze – równie systematycznie rósł odsetek uczniów deklarujących, iż próbowali alkoholu. O ile w szkołach podstawowych było to 34,5%, w gimnazjach odsetek ten urósł do 67,5%, zaś w szkołach średnich wyniósł już ponad 91%⁸.

Na tej podstawie można wnioskować, co następuje:

7 Dane MOPR w Skierniewicach oraz Miejskiej Komendy Policji w Skierniewicach.

8 Dane Urzędu Miasta Skierniewice – opracowanie ankiet przeprowadzonych wśród uczniów.

- nieomal dla wszystkich uczniów szkół skierniewickich wejście w wiek nastoletni jest okresem inicjacji alkoholowej;
- świadomość i wiedza uczniów dotycząca szkodliwości alkoholu jest na relatywnie wysokim poziomie. Wiedza ta jest w dużej mierze wynoszona z domu – niezależnie od wieku uczniów;
- wiedza dotycząca szkodliwości alkoholu nie przekłada się na realne zachowania zdrowotne związane z jego konsumpcją. Odsetek uczniów deklarujących kontakt z alkoholem w każdej grupie znacząco przewyższa odsetek tych, którzy stwierdzają brak jego szkodliwości dla zdrowia. Co więcej, rosnący wraz z wiekiem odsetek uczniów mających kontakt z alkoholem wyraźnie koreluje ze spadkiem opinii na temat jego szkodliwości i ryzyka uzależnień, co najprawdopodobniej świadczy o zjawisku racjonalizacji własnych nieodpowiednich zachowań u starszych uczniów i zagłuszaniu wyraźnie występującego dysonansu poznawczego;
- wraz z wiekiem systematycznie spada odsetek tych, którzy deklarują, iż zakup alkoholu jest dla nich problematyczny. Wnioskować można na tej podstawie, że sprzedawcy prawidłowo zachowują się w przypadku, gdy zakupu takiego chce dokonać młody człowiek w sposób niewątpliwy będący poniżej granicy wieku uprawniającego do dokonania zakupu. W przypadku starszych uczniów weryfikacja wieku przez sprzedawców nie jest już podejmowana z równą intensywnością, co jest zdecydowanie sygnałem niepokojącym.

2. Umocowanie formalne programu

Program pozostaje w zgodzie z wytycznymi zawartymi w dokumentach strategicznych na poziomie miasta, regionu oraz kraju. W pierwszym przypadku w szczególności należy zwrócić uwagę na Program Rewitalizacji Miasta Skierniewice na lata 2016-2020⁹ oraz zawarte w nim cele odnoszące się do sfery społecznej. Pierwszoplanowe odniesienie dotyczy celu 2.: Wzmacnianie kapitału społecznego, w czym zawiera się „Zahamowanie negatywnych tendencji społecznych w mieście – bezrobocie, patologii społecznych”, jednakże niniejszy program pozostaje w związku również z pozostałymi celami w sferze społecznej,

4. 9 Program Rewitalizacji Miasta Skierniewice na Lata 2016-2020. Wersja zmieniona. Załącznik do uchwały nr XXXII/189/2016 Rady Miasta Skierniewice z dnia 21 grudnia 2016 r.

tj. dotyczącymi zwiększenia dostępności infrastruktury kultury i rekreacji dla mieszkańców obszaru rewitalizacji i poprawy warunków życia wszystkich mieszkańców Miasta Skierniewice z priorytetowym uwzględnieniem mieszkańców obszaru rewitalizowanego. Pośrednio program pozostaje także w związku z celami odnoszącymi się do sfery funkcjonalno-przestrzennej oraz gospodarczej. Ponadto program pozostaje w łączności ze Strategią Rozwoju Miasta Skierniewice do roku 2020¹⁰, w szczególności celami operacyjnymi odnoszącymi się do: rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia i usług medycznych (cel operacyjny 3.5 Strategii), rozwoju infrastruktury społecznej i usług społecznych (cel operacyjny 3.6 Strategii), a pośrednio także: poprawy i rozwoju infrastruktury związanej z bezpieczeństwem publicznym (cel operacyjny 3.7 strategii). Kolejnym miejskim dokumentem, którego przywołanie jest koniecznością w kontekście podstaw realizacji niniejszego programu jest Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Skierniewice na lata 2017-2020¹¹. W dokumencie tym jako jeden z celów strategicznych wskazano „wsparcie systemu profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień”, która to kwestia występuje w ścisłym powiązaniu z problematyką występowania negatywnych zjawisk w życiu rodzinnym.

Na poziomie regionalnym program pozostaje w spójności ze Strategią Polityki Zdrowotnej Dla Województwa Łódzkiego na Lata 2014-2020¹², której celem nadrzędnym jest poprawa wybranych mierników stanu zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego, a także Wojewódzką Strategią w Zakresie Polityki Społecznej¹³, gdzie spożycie alkoholu zaliczono do najważniejszych czynników ryzyka negatywnie warunkujących stan zdrowia mieszkańców województwa, a także zaplanowano interwencje odnoszące się do przeciwdziałania dysfunkcjom rodziny, w tym – problematyki uzależnień.

Na poziomie ogólnokrajowym dokumentami dającymi podstawę dla zadań podejmowanych w ramach niniejszego programu są:

-
5. 10 Strategia Rozwoju Miasta Skierniewice do roku 2020. Załącznik do uchwały nr XXIV/74/2016 z dnia 21 kwietnia 2016 r.
 6. 11 Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Skierniewice na lata 2017-2020. Załącznik do uchwały nr XXXVIII/53/2017 z dnia 27 kwietnia 2017 r.
 7. 12 Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na Lata 2014-2020.
 8. 13 Wojewódzka Strategia w Zakresie Polityki Społecznej 2020. Województwo Łódzkie. Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, Łódź 2017.

1. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi¹⁴, która nakłada na organy administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego obowiązek podejmowania działań zmierzających do ograniczenia spożycia napojów alkoholowych oraz zmiany struktury ich spożywania, inicjowania i wspierania przedsięwzięć mających na celu zmianę obyczajów w zakresie spożywania tych napojów, działania na rzecz trzeźwości w miejscu pracy, przeciwdziałania powstawaniu i usuwania następstw nadużywania alkoholu, a także wspierania działalności w tym zakresie organizacji społecznych i zakładów pracy (art. 1.). Ustawa ponadto nakłada na samorządy gminne obowiązek prowadzenia działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu, które powinny być ujęte w gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych stanowiącego część strategii rozwiązywania problemów społecznych, uchwalanego corocznie przez Radę Gminy oraz umocowanego w Narodowym Programie Zdrowia (art. 4.).
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020¹⁵, w szczególności treści zawarte w ramach celu operacyjnego 2: Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi. Narodowy Program Zdrowia wymienia jednostki samorządu terytorialnego w katalogu podmiotów odpowiedzialnych za realizację zadań odnoszących się do tej sfery, takich jak:
 - prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych, w tym kampanii edukacyjnych, dotyczących ryzyka szkód wynikających ze spożywania alkoholu dla konsumentów i ich otoczenia;
 - prowadzenie działań edukacyjnych dla dorosłych w zakresie szkód wynikających z picia alkoholu przez dzieci i młodzież;
 - upowszechnianie informacji dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie i możliwości przeciwdziałania przemocy w rodzinach, w szczególności z problemem alkoholowym;

14 Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Dz.U. 2016, poz. 487. (z późn. zm.).

9. 15 Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 sierpnia 2016 roku w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020. Dz.U. 2017, poz. 1492.

- kształcenie personelu medycznego w zakresie umiejętności rozpoznawania wzorów picia i podejmowania interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie (wczesne rozpoznanie i krótka interwencja);
- podnoszenie kompetencji przedstawicieli instytucji działających w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z używania alkoholu, w tym w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie;
- rozwijanie systemu kształcenia, doskonalenia zawodowego i odpowiedzialności zawodowej specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień;
- podnoszenie kompetencji osób pracujących z dziećmi i młodzieżą w zakresie skutecznych oddziaływań profilaktycznych oraz udzielających pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym;
- szkolenia profesjonalistów na temat FASD;
- zmniejszanie dostępności fizycznej i ekonomicznej alkoholu;
- zapewnienie skutecznego przestrzegania prawa w zakresie produkcji, dystrybucji, reklamy, promocji oraz spożywania napojów alkoholowych;
- poszerzanie i udoskonalanie oferty, upowszechnianie oraz wdrażanie uniwersalnych programów profilaktycznych rekomendowanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, w tym programów profilaktyki uniwersalnej, które biorą pod uwagę wspólne czynniki ryzyka problemów alkoholowych i innych zachowań ryzykownych i czynniki chroniące, wspierające prawidłowy rozwój;
- prowadzenie i upowszechnienie programów profilaktycznych w zakresie problemów alkoholowych wśród osób dorosłych, w tym w szczególności w miejscu nauki lub pracy;
- poszerzanie i podnoszenie jakości oferty pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym;
- zwiększanie dostępności i podnoszenie jakości specjalistycznych świadczeń w zakresie leczenia uzależnienia od alkoholu;
- poszerzanie i udoskonalanie oferty leczenia uzależnienia od alkoholu, w tym o programy ograniczania picia alkoholu, oraz popularyzowanie metod mających naukowo dowiedzioną skuteczność;

- zwiększanie oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych od alkoholu lub zwiększanie dostępności do istniejących form wsparcia;
 - zwiększanie dostępności i podniesienie jakości pomocy dla członków rodzin z problemem alkoholowym;
 - zwiększanie dostępności i podniesienie jakości pomocy dla osób doświadczających przemocy w rodzinie, w szczególności z problemem alkoholowym;
 - reedukacja osób, które prowadziły pojazdy, będąc pod wpływem alkoholu.
3. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022¹⁶ zwraca uwagę na konieczność priorytetowego potraktowania kwestii wzrostu nakładów finansowych na świadczenia zdrowotne dotyczące opieki psychiatrycznej oraz leczenia uzależnień. Traktując uzależnienia jako element katalogu zaburzeń psychicznych, Program nakłada na jednostki samorządu terytorialnego obowiązki w zakresie zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb; w szczególności:
- rozwój form opieki środowiskowej;
 - upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego;
 - aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi;
 - skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy;
 - udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom.

Również Światowa Organizacja Zdrowia zalicza problematykę uzależnień od substancji psychoaktywnych do grupy zaburzeń psychicznych, w dokumencie „Mental Health Action plan 2013-2020”¹⁷ wskazując na konieczność redukcji szkodliwych skutków społecznych i zdrowotnych uzależnień. Bardziej szczegółowe podstawy działań w zakresie profilaktyki alkoholowej zawarte zostały w dokumentach: „Global Strategy to Reduce the

10. 16 Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022. Dz.U. 2017, poz. 458.

11. 17 Mental Health Action Plan 2013-2020. World Health Organization, Geneva 2013.

Harmful Use of Alcohol”¹⁸, a także „European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020”¹⁹.

3. Założenia i cele programu

3.1. Założenia dotyczące kluczowych grup docelowych programu

W świetle ogólnej charakterystyki problemów alkoholowych, jak również szczegółowej charakterystyki zachowań zdrowotnych ludności Skierniewic, można wskazać 4 kluczowe grupy docelowe, które powinny być adresatami działań realizowanych w ramach Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych:

1. Kobiety w ciąży.
2. Mężczyźni w średnim przedziale wiekowym.
3. Młodzież szkół średnich.
4. Sprzedawcy i właściciele sklepów prowadzących sprzedaż produktów alkoholowych.

W przypadku powyższych czterech grup należy podjąć szczególnie intensywne akcje, których zasadniczym celem będzie realna zmiana zachowań zdrowotnych. Jak bowiem wskazują badania, poziom wiedzy dotyczący zagrożeń zdrowotnych związanych ze spożywaniem alkoholu w ograniczonym stopniu przekłada się na faktyczną zmianę zachowań. W przypadku czwartej spośród wymienionych grup docelowych oddziaływanie na założony cel dotyczący zmiany zachowań zdrowotnych młodszej części populacji mieć będzie charakter pośredni, zaś w charakterze bezpośredniego efektu podjętych działań należy tu oczekiwać zmiany zachowań w sytuacji interakcji z klientem, tj. bardziej restrykcyjnej weryfikacji wieku osób usiłujących zakupić alkohol.

Oprócz tego należy podejmować działania adresowane do ogółu lokalnej społeczności, w szczególności pozostałych grup docelowych, celem dalszego pozytywnego stymulowania poziomu wiedzy oraz świadomości zagrożeń związanych z nadużywaniem alkoholu. Należy zwrócić uwagę na wciąż istniejącą lukę w tym zakresie dotyczącą wpływu rodziców na zachowania swoich dzieci, gdzie ponad 30% nie podejmuje w rozmowach z nimi tematyki zagrożeń zdrowotnych związanych z alkoholem. Dodatkowo należy założyć, że niekorzystne

12. 18 Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. World Health Organization, Genewa 2010.

13. 19 European Action Plan to Reduce the Harmful Use of Alcohol 2012-2020. WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga 2012.

zachowania przejawiające się w grupie młodzieży są w dużej mierze rezultatem replikacji wzorców wynoszonych z domu rodzinnego.

3.2. Cele

W świetle powyższego jako cele główne programu określono:

1. Poprawę mierników dotyczących zachowań zdrowotnych związanych ze spożyciem wyrobów alkoholowych.
2. Poprawę mierników epidemiologicznych dotyczących problemów zdrowotnych będących pochodną nadmiernej konsumpcji alkoholu.
3. Redukcję niekorzystnych zjawisk w życiu społecznym i rodzinnym związanych z nadmiernym poziomem konsumpcji alkoholu.

Cele operacyjne służące realizacji powyższych celów głównych zdefiniowano jako:

1. Modyfikacja zachowań zdrowotnych związanych z konsumpcją alkoholu w środowiskach młodzieżowych.
2. Zmiana zachowań własnych osób dorosłych, a także zbudowanie kompetencji w zakresie wpływania na zachowania młodzieży ze strony osób dorosłych, w szczególności rodziców oraz osób mających zawodowy kontakt z młodzieżą.
3. Zapewnienie efektywności interwencji kryzysowej w przypadkach zaistnienia niekorzystnych zjawisk w życiu społecznym i rodzinnym, związanych z nadużywaniem alkoholu.
4. Zapewnienie adekwatnej do potrzeb dostępności świadczeń zdrowotnych i społecznych dla osób zagrożonych i dotkniętych alkoholizmem.
5. Budowa systemu usług społecznych służących zapewnieniu dostępu do infrastruktury sportowej, rekreacyjnej i kulturalnej dla osób ze środowisk szczególnie narażonych na ryzyko uzależnienia od alkoholu.

4. Działania

Cel operacyjny 1.

Działania służące modyfikacji zachowań zdrowotnych związanych z konsumpcją alkoholu w środowiskach młodzieżowych

1.1. Realizacja ogólnych programów promocji zdrowia w szkołach, budujących kompetencje zdrowotne uczniów.

Działanie tego rodzaju winno służyć zbudowaniu potencjału zdrowotnego mieszkańców miasta od najmłodszych lat. Jego oczekiwanym rezultatem jest przede wszystkim nabycie umiejętności odróżniania zachowań zdrowotnych służących zachowaniu zdrowia od tych, które negatywnie wpływają na indywidualne zdrowie, a także wykreowanie poczucia odpowiedzialności za własny stan zdrowia i indywidualnych konsekwencji niewłaściwych postaw. W tym zakresie należy unikać wyraźnych i bezpośrednich odniesień do konsumpcji alkoholu.

1.2. Realizacja programów edukacyjnych adresowanych do uczniów wyższych roczników szkół podstawowych oraz szkół średnich dotyczących szkodliwości konsumpcji alkoholu.

Działania w tym obszarze powinny być nastawione pierwszoplanowo na kreowanie odpowiedniego poziomu wiedzy w odniesieniu do szkodliwości picia alkoholu. Jak wskazują dostępne badania, poziom ten jest już obecnie wysoki, zasadniczym celem działań podejmowanych w tej grupie musi być zatem podtrzymanie istniejącego potencjału. Należy jednocześnie szczególną uwagę przywiązywać do odpowiedniego doboru treści, w sposób, który będzie dostosowany do konkretnych grup wiekowych, wśród których realizowane będą działania, a także minimalizujący ryzyko efektu odwrotnego do zamierzonego (jak wskazują badania, w niektórych grupach wiekowych realizacja programów edukacyjnych odbierana jest jako zachęta do eksperymentowania z alkoholem, zamiast zniechęcać do podobnego rodzaju zachowań²⁰). W tym celu konieczne jest zapewnienie odpowiedniego zaplecza psychologicznego i pedagogicznego w gronie realizatorów działań.

20 Por. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic review. *Perspectives in Public Health*. 2012; 132(3): 128-134.

1.3. Realizacja programów promocji zdrowia w środowiskach młodzieży, nakierowanych na budowanie odpowiedniego potencjału zdrowotnego grupy docelowej, w szczególności modyfikację zachowań zdrowotnych związanych z konsumpcją alkoholu.

Jak wskazują wyniki badań realizowanych wśród dzieci i młodzieży, zasadniczo wysoki poziom wiedzy odnośnie szkodliwości alkoholu nie przekłada się na realne zachowania zdrowotne, dodatkowo zbiegając się ze zjawiskiem racjonalizowania własnych negatywnych zachowań i zagłuszania komunikatów sprzecznych z nimi. Punktem wyjścia dla podobnego rodzaju zjawisk jest charakterystyczna dla grupy wiekowej nastolatków skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych i eksperymentowania z produktami i czynami zakazanymi, który to efekt jest potęgowany przez interakcje wewnątrz środowiska koleżeńskiego (swoista przyjemność obcowania z „zakazanym owocem” i dodatkowo chęć imponowania członkom grupy koleżeńskiej). Niesprzyjającą okolicznością w kontekście wysiłków służących ograniczeniu powyższych efektów jest ogólny wzorzec kulturowy dotyczący spożywania alkoholu, a także wzorce zachowań wynoszone z domów rodzinnych. Działania w tej grupie należy zatem potraktować jako szczególnie trudne w realizacji, ale jednocześnie kluczowe dla osiągnięcia pozytywnego rezultatu w zakresie dotyczącym założonych celów programu. Winny one koncentrować się na selekcjonowaniu kluczowych przedstawicieli środowisk młodzieżowych (z wykorzystaniem wiedzy posiadanej przez osoby mające kontakt ze środowiskami młodzieżowymi – nauczycieli, trenerów klubów sportowych, animatorów kultury itp.), a następnie kształtowaniu postaw takich osób i budowania kompetencji w zakresie kreowania postaw innych przedstawicieli środowisk koleżeńskich. Osoby takie w swoich środowiskach winny pełnić rolę liderów opinii i tzw. „influencerów” kreujących poprzez „miękkie” narzędzia wpływu postawy pozostałych członków swoich środowisk²¹.

21 Por. Albalawi Y., Sixsmith J. Agenda Setting for Health Promotion: Exploring an Adapted Model for the Social Media Era. JMIR Public Health and Surveillance 2015, 1(2): e21.

1.4. Realizacja kampanii informacyjnych i edukacyjnych adresowanych do młodzieży, dotyczących szkodliwości alkoholu w wymiarze zdrowotnym i społecznym.

Akcje tego rodzaju należy traktować jako narzędzie wspomagające działania wymienione w poprzednich punktach, w szczególności pkt. 3. dotyczącym realizacji programów promocji zdrowia w środowiskach młodzieżowych. Kampanie informacyjne i edukacyjne powinny być realizowane z wykorzystaniem narzędzi komunikacji (w tym – narzędzi komunikacji elektronicznej) oraz języka charakterystycznego dla grupy docelowej kampanii. Miejscami bezpośredniego transferu informacji należy uczynić miejsca przez przedstawicieli środowisk młodzieżowych postrzegane jako ważne dla realizacji własnych celów i stanowiących przedmiot identyfikacji. Należy zatem założyć, że skuteczniejsze będą kampanie realizowane za pośrednictwem np. klubów sportowych, klubów fitness, siłowni itp., niż szkół. Ponadto kampanie tego typu w swoim przekazie winny skupiać się na eksponowaniu sprzeczności pomiędzy negatywnymi zachowaniami zdrowotnymi związanymi ze spożywaniem alkoholu, a osiąganiem innych celów oraz wartościami uznawanymi przez przedstawicieli takich środowisk za ważne. Należy wziąć pod uwagę także wykorzystanie w celu transferu treści stanowiących istotę przekazu kampanii autorytetów zewnętrznych, przez przedstawicieli środowisk młodzieżowych utożsamianych z wartościami uznawanymi przez te środowiska za ważne (sportowcy, muzycy).

Cel operacyjny 2.

Działania nakierowane na zmianę zachowań własnych osób dorosłych, a także zbudowanie kompetencji w zakresie wpływania na zachowania młodzieży ze strony osób dorosłych, w szczególności rodziców oraz osób mających zawodowy kontakt z młodzieżą

2.1. Działania adresowane do ogółu ludności dorosłej, o charakterze profilaktyki uniwersalnej.

W tej grupie działań należy w szczególności podjąć aktywności nakierowane na kilka kluczowych obszarów. Po pierwsze – budowanie świadomości szkodliwego wpływu nieodpowiedzialnego spożywania alkoholu na zdrowie. Działania w tym zakresie winny przyjąć formę typowych akcji edukacyjnych i informacyjnych za pośrednictwem ogólnodostępnych kanałów informacyjnych. Po drugie konieczne jest prowadzenie akcji

edukacyjnych informujących o szkodliwym wpływie nieodpowiedzialnej konsumpcji alkoholu na społeczny aspekt życia człowieka. W tym zakresie konieczne jest eksponowanie szkód wyrządzanych najbliższemu otoczeniu (rodzina, w szczególności dzieci), ale także szkód własnych wynikających z zaniku prawidłowych więzi rodzinnych i społecznych. Po trzecie wreszcie, o ile poprzednie dwa obszary dotyczyły zagrożeń związanych ze spożywaniem alkoholu w sposób co najmniej ryzykowny, o tyle konieczne jest podejmowanie akcji edukacyjnych związanych ze szkodliwymi aspektami spożywania alkoholu nawet w umiarkowanych ilościach. Przede wszystkim chodzi w tym przypadku o kreowanie wzorców zachowań w rodzinie i ich transfer w kierunku dzieci oraz młodzieży. Należy dążyć do takiego ukształtowania zachowań związanych z konsumpcją alkoholu, by w maksymalnym stopniu ograniczyć niebezpieczeństwo budowania przeświadczenia, iż jest to normalny element życia codziennego, uatrakcyjniający tę codzienność lub, co gorsza, ułatwiający rozwiązywanie problemów życia codziennego. Eliminowane powinny być zachowania polegające na spożywaniu alkoholu w obecności dzieci i młodzieży, szczególnie związane z wprowadzeniem się w stan upojenia, a także na prezentowaniu w obecności dzieci i młodzieży picia alkoholu jako zachowania atrakcyjnego.

Akcje edukacyjne w powyższych wymiarach winny nosić znamiona uniwersalnych, jednak ze względu na większe narażenie na niebezpieczne zjawiska związane ze spożywaniem alkoholu mężczyzn w średnich przedziałach wiekowych, komunikacja winna w szczególności uwzględniać tę grupę docelową.

2.2. Działania edukacyjne i o charakterze profilaktyki selektywnej adresowane do konkretnych grup docelowych.

Oprócz działań adresowanych do populacji generalnej konieczne jest również podjęcie działań profilaktycznych, edukacyjnych oraz promujących zdrowie o selektywnym charakterze. W tej grupie w szczególności należy mieć na uwadze kobiety w ciąży oraz starające się o dziecko, gdzie założonym efektem podjętych działań winno być budowanie świadomości w zakresie dotyczącym potencjalnie szkodliwego wpływu nawet niewielkich ilości alkoholu spożywanego w czasie ciąży na dziecko, zarówno na etapie rozwoju prenatalnego, jak i po urodzeniu, z niebezpieczeństwem wywołania nieodwracalnych szkód na zdrowiu i możliwościach rozwojowych dziecka.

Do tej grupy zaliczyć można również działania edukacyjne adresowane do osób o szczególnym wpływie na potencjalne zachowania dotyczące spożywania alkoholu u innych, zwłaszcza dzieci i młodzieży. Należy intensyfikować akcje edukacyjne adresowane do sprzedawców sklepów prowadzących sprzedaż alkoholu, w zakresie dotyczącym ich odpowiedzialności (w aspekcie moralnym, społecznym i prawnym) za sprzedaż alkoholu osobom poniżej 18 roku życia oraz konieczności weryfikowania wieku osób kupujących alkohol, w szczególności w przypadku wątpliwości co do faktycznego wieku takiej osoby. Należy także upowszechniać zasadę nie sprzedawania alkoholu osobom będącym w sposób jednoznaczny pod jego wpływem. Jako konsekwencję takich zachowań należy założyć nie tylko ogólne zmniejszenie poziomu konsumpcji alkoholu, ale także ograniczenie kontaktu z osobami pod wpływem alkoholu w sferze publicznej, wraz ze wszystkimi tego społecznymi korzyściami.

Podobnej natury w zakresie spodziewanego efektu winny być działania adresowane do osób mających zawodowy kontakt z młodzieżą i w szczególny sposób wpływających na zachowanie młodych osób (trenerzy sportowi, nauczyciele, animatorzy kultury itp.). Do tej grupy należy adresować działania edukacyjne dotyczące umiejętności kształtowania właściwych postaw wśród młodzieży, odpowiedzialnego podejścia do zachowań własnych oraz skutecznego sposobu komunikowania się z młodymi ludźmi, szczególnie w zakresie problematyki dotyczącej spożywania alkoholu.

Cel operacyjny 3.

Zapewnienie efektywności interwencji kryzysowej w przypadkach zaistnienia niekorzystnych zjawisk w życiu społecznym i rodzinnym, związanych z nadużywaniem alkoholu

W odniesieniu do powyższego celu operacyjnego programu należy zaplanować zarówno działania z zakresu profilaktyki i edukacji zdrowotnej, jak i działania odnoszące się do wymiaru instytucjonalnego i infrastrukturalnego.

3.1. Prowadzenie działań edukacyjnych adresowanych do nauczycieli, pedagogów szkolnych, pracowników socjalnych, a także przedstawicieli służb porządkowych na terenie miasta (straż miejska, policja) dotyczących umiejętności rozpoznawania symptomów zagrożeń związanych z nieodpowiednią konsumpcją alkoholu.

W przypadku pierwszej grupy działań w pierwszej kolejności należy podjąć działania edukacyjne adresowane do nauczycieli, pedagogów szkolnych, pracowników socjalnych, a także przedstawicieli służb porządkowych na terenie miasta (straż miejska, policja), dotyczące umiejętności rozpoznawania symptomów zagrożeń związanych z nieodpowiednią konsumpcją alkoholu, mających miejsce w życiu rodzinnym i szerzej – lokalnym środowisku społecznym, a także właściwego rodzaju reakcji w takich sytuacjach. Kompetencje adresatów tego rodzaju działań edukacyjnych winny z jednej strony czynić ich zdolnymi do podjęcia skutecznej interwencji w sytuacjach kryzysowych, z drugiej zaś dać im umiejętność dokonania tego z poszanowaniem autonomii i prywatności jednostek i rodzin.

3.2. Prowadzenie działań o charakterze profilaktyki wskazującej, adresowane do osób funkcjonujących w środowiskach podwyższonego ryzyka.

Drugą grupą działań mieszczących się w obszarze zakreślonym powyższym celem operacyjnym są działania o charakterze profilaktyki wskazującej, adresowane do osób funkcjonujących w środowiskach podwyższonego ryzyka. Chodzi tu zarówno o mieszkańców dzielnic, w których stwierdzone zostało szczególne nasilenie występowania negatywnych zjawisk wynikających z nadużywania alkoholu (przemoc, zakłócanie porządku publicznego), jak i rodzin ze stwierdzonym problemem alkoholowym, w szczególności w przypadku współwystępowania wspomnianych niekorzystnych zjawisk. Edukacja powinna dotyczyć umiejętności radzenia sobie w okolicznościach wystąpienia sytuacji kryzysowej, zarówno w odniesieniu do sposobów zapewnienia bezpieczeństwa sobie i innym członkom rodziny oraz skutecznego poszukiwania pomocy, jak i w zakresie dotyczącym interakcji i komunikacji z osobą będącą sprawcą niepożądanych zachowań.

3.3. Tworzenie i utrzymanie odpowiedniej infrastruktury pomocowej dla osób będących ofiarami przemocy domowej i innych niekorzystnych zjawisk w życiu rodzinnym i społecznym.

W wymiarze instytucjonalnym i infrastrukturalnym projektowane działania obejmują tworzenie i utrzymanie odpowiedniej infrastruktury pomocowej dla osób będących ofiarami przemocy domowej i innych niekorzystnych zjawisk w życiu rodzinnym i społecznym. Działania takie winny być podejmowane w ścisłym współdziałaniu z organizacjami trzeciego sektora i obejmować:

- weryfikację adekwatności posiadanej infrastruktury do potrzeb lokalnej społeczności w zakresie dotyczącym liczby istniejących punktów pomocy i ich rozmieszczenia terytorialnego;
- zapewnienie odpowiedniego komfortu fizycznego i psychicznego osób korzystających z pomocy istniejących placówek;
- zapewnienie odpowiedniego poziomu kompetencji osób udzielających pomocy w istniejących placówkach, w tym – zapewnienie odpowiedniego zaplecza kadrowego (psychologowie, terapeuci) takich placówek;
- zapewnienie dostępności niezbędnych informacji o możliwych sposobach uzyskania pomocy przez osoby dotknięte niekorzystnymi zjawiskami w życiu rodzinnym i społecznym;
- ciągłość utrzymania punktów interwencji kryzysowej.

Cel operacyjny 4.

Zapewnienie adekwatnej do potrzeb dostępności świadczeń zdrowotnych i społecznych dla osób zagrożonych i dotkniętych alkoholizmem

W powyższym zakresie należy podjąć działania odnoszące się do sfery edukacyjnej i informacyjnej, a także do sfery infrastrukturalnej i instytucjonalnej.

4.1. Działania z zakresu profilaktyki wskazującej adresowane do osób w szczególny sposób zagrożonych wystąpieniem problemu alkoholizmu.

W pierwszym z powyższych wymiarów należy podjąć działania z zakresu profilaktyki wskazującej adresowane do osób w szczególny sposób zagrożonych wystąpieniem problemu alkoholizmu. Działania takie mogą współgrać z akcjami podejmowanymi w ramach celów operacyjnych 2. oraz 3., w szczególności będąc nastawionymi na budowanie kompetencji zdrowotnych i zapobieganie niekorzystnym efektom zdrowotnym związanym z nadmiernym spożywaniem alkoholu u grup podwyższonego ryzyka, takich jak osoby z rozbitych i niepełnych rodzin, osoby zagrożone wykluczeniem ekonomicznym.

4.2. Utrzymanie i rozbudowa w skali adekwatnej do potrzeb placówek świadczących usługi zdrowotne w zakresie leczenia i profilaktyki uzależnień.

W wymiarze infrastrukturalnym i instytucjonalnym należy podejmować działania zmierzające do zapewnienia adekwatnego poziomu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych osób zagrożonych i dotkniętych alkoholizmem. W szczególności chodzi o utrzymanie i rozbudowę w skali adekwatnej do potrzeb placówek świadczących usługi zdrowotne w zakresie leczenia i profilaktyki uzależnień. Charakterystyka zabezpieczanych świadczeń winna obejmować zarówno psychoterapię, dzienne oddziały psychiatryczne, jak i leczenie o charakterze zamkniętym i inwazyjnym.

Działania w powyższym zakresie winny być podejmowane w ścisłym współdziałaniu z organizacjami trzeciego sektora.

Cel operacyjny 5.

Budowa systemu usług społecznych służących zapewnieniu dostępu do infrastruktury sportowej, rekreacyjnej i kulturalnej dla osób ze środowisk szczególnie narażonych na ryzyko uzależnienia od alkoholu

5.1. Zapewnienie mieszkańcom miasta łatwego dostępu do wysokiej jakości infrastruktury sportowej, rekreacyjnej i kulturalnej.

Działania w tym wymiarze należy z jednej strony potraktować jako element generalnej profilaktyki problemów alkoholowych populacji miasta, jednakże ze szczególnym naciskiem na dzieci i młodzież, zaś z drugiej strony jako element spajający program profilaktyki alkoholowej z całościową wizją rozwoju i modernizacji infrastruktury miejskiej nastawionej na poprawę komfortu życia mieszkańców. W ramach działań w tym obszarze założonym celem winno być zapewnienie mieszkańcom miasta łatwego dostępu do wysokiej jakości infrastruktury sportowej, rekreacyjnej i kulturalnej, dających możliwość kulturalnego spędzania wolnego czasu, oraz rozwijania zachowań służących poprawie stanu zdrowia (praktykowanie aktywności fizycznej), zarówno indywidualnie, jak i rodzinie. Działania tego rodzaju należy przede wszystkim potraktować jako dążenie do stworzenia młodzieży możliwości aktywnego i zdrowego spędzania czasu wolnego, jako alternatywy wobec zachowań ryzykownych i niepożądanych, w tym – związanych ze spożywaniem alkoholu. Aby cel ów miał szansę zostać osiągniętym, należy dążyć do możliwie największego zakresu dostępności opisanych form aktywnego spędzania wolnego czasu. Oznacza to konieczność podejmowania wysiłków zmierzających do eliminacji wszelkich barier dostępu do stosownej infrastruktury – nie tylko w wymiarze fizycznym (istnienie obiektów w liczbie adekwatnej do potrzeb lokalnej społeczności, rozmieszczenie ich na mapie miasta w sposób ułatwiający dostęp dla wszystkich mieszkańców), ale także finansowym. Oznacza to konieczność takiego ukształtowania kosztów dostępu do infrastruktury, by nie stanowiło to bariery, niezależnie od poziomu zamożności osób korzystających z niej, a także konieczność organizowania współfinansowanych przez miasto zajęć o charakterze regularnym, dających możliwość pobudzania i rozwijania pasji sportowych młodzieży zamieszkującej miasto. Należy również zapewnić wszystkim potencjalnie zainteresowanym mieszkańcom dostęp do wyczerpującej informacji o ofercie miasta w powyższym zakresie, wraz z realizacją polityki informacyjnej wpływającej na odbiorców w sposób zwiększający w nich przeświadczenie o atrakcyjności

zdrowego stylu życia. W powyższym wymiarze działanie to wchodzi w ścisły związek z działaniami opisanymi w odniesieniu do celu operacyjnego 1.

5. Podmioty realizujące działania

Podmioty i jednostki organizacyjne odpowiedzialne za poszczególne rodzaje działań przewidziane w programie przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 1. Realizatorzy działań przewidzianych w programie.

Zadanie	Realizatorzy
Realizacja ogólnych programów promocji zdrowia w szkołach, budujących kompetencje zdrowotne uczniów	Urząd Miasta, Szkoły i placówki oświatowe organizacje pozarządowe
Realizacja programów edukacyjnych adresowanych do uczniów wyższych roczników szkół podstawowych oraz szkół średnich dotyczących szkodliwości konsumpcji alkoholu	Urząd Miasta Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Szkoły i placówki oświatowe organizacje pozarządowe
Realizacja programów promocji zdrowia w środowiskach młodzieży, nakierowanych na budowanie odpowiedniego potencjału zdrowotnego grupy docelowej, w szczególności modyfikację zachowań zdrowotnych związanych z konsumpcją alkoholu	Urząd Miasta Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Organizacje pozarządowe Wyspecjalizowane podmioty zewnętrzne
Realizacja kampanii informacyjnych i edukacyjnych adresowanych do młodzieży, dotyczących szkodliwości alkoholu w wymiarze zdrowotnym i społecznym	Urząd Miasta Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Szkoły i placówki oświatowe Organizacje pozarządowe
Działania adresowane do ogółu ludności dorosłej, o charakterze profilaktyki uniwersalnej	Urząd Miasta Placówki świadczące usługi medyczne Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Organizacje pozarządowe
Działania edukacyjne i o charakterze profilaktyki selektywnej adresowane do konkretnych grup docelowych	Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Placówki świadczące usługi medyczne

Zapewnienie efektywności interwencji kryzysowej w przypadkach zaistnienia niekorzystnych zjawisk w życiu społecznym i rodzinnym, związanych z nadużywaniem alkoholu.	Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Organizacje pozarządowe
Zapewnienie adekwatnej do potrzeb dostępności świadczeń zdrowotnych i społecznych dla osób zagrożonych i dotkniętych alkoholizmem	Urząd Miasta Placówki świadczące usługi medyczne Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie Organizacje pozarządowe
Budowa systemu usług społecznych służących zapewnieniu dostępu do infrastruktury sportowej, rekreacyjnej i kulturalnej dla osób ze środowisk szczególnie narażonych na ryzyko uzależnienia od alkoholu	Urząd Miasta Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie

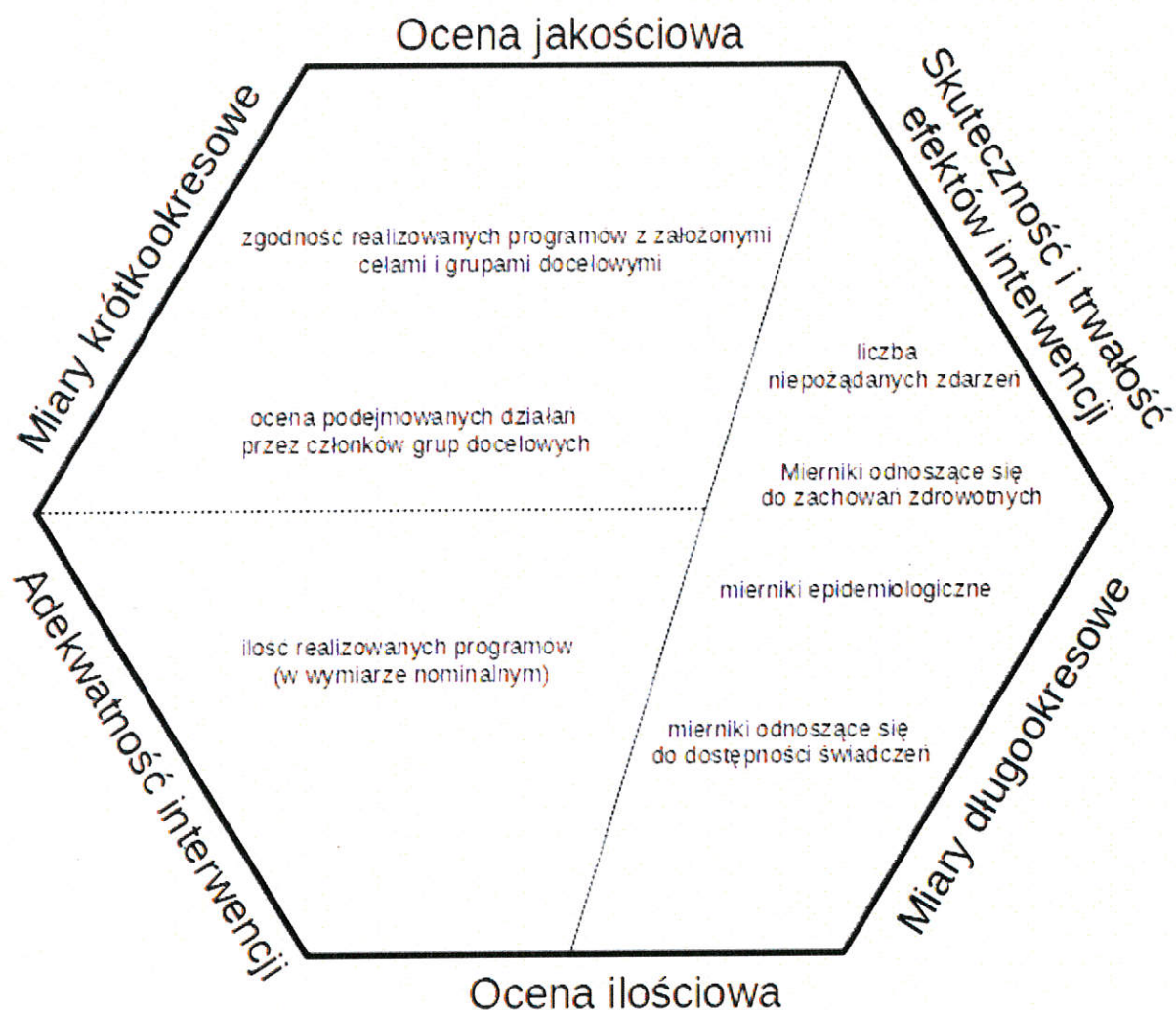
Źródło: opracowanie własne

6. Ewaluacja programu

Mierniki ewaluacji mające uzasadnienie przy ocenie realizacji programu podzielić można w kilku płaszczyznach: czasowej (mierniki krótko- i długookresowe), kryterium oceny (adekwatność, skuteczność, trwałość), charakter oceny (jakościowa, ilościowa). W wymiarze praktycznym przekłada się to na ocenę wg następujących miar:

1. Liczba realizowanych programów oraz liczba osób objętych interwencją (w wymiarze nominalnym).
2. Zgodność realizowanych programów z założonymi celami i grupami docelowymi.
3. Ocena podejmowanych działań przez członków grup docelowych.
4. Liczba rejestrowanych niepożądanych zdarzeń w przestrzeni publicznej związanej z nadużywaniem alkoholu (liczba wypadków drogowych powodowanych przez osoby pod wpływem alkoholu, liczba zarejestrowanych przypadków zakłócenia porządku publicznego, liczba interwencji ze strony służb porządkowych, liczba osób objętych interwencją kryzysową, liczba założonych niebieskich kart).
5. Mierniki odnoszące się do zachowań zdrowotnych związanych ze spożywaniem alkoholu (liczba osób deklarujących ryzykowne picie alkoholu, liczba osób młodych deklarujących picie alkoholu, liczba osób deklarujących picie alkoholu w towarzystwie dzieci).
6. Mierniki epidemiologiczne odnoszące się do problemów zdrowotnych związanych z alkoholem (liczba osób uzależnionych od alkoholu, liczba osób leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu, umieralność związana z chorobami związanymi z nadużywaniem alkoholu).
7. Mierniki odnoszące się do dostępności świadczeń zdrowotnych i rehabilitacyjnych dla osób z problemem alkoholowym (liczba osób leczonych w relacji do liczby osób ze stwierdzoną chorobą alkoholową).

Poniższy schemat przedstawia miary ewaluacji w przypisaniu do poszczególnych płaszczyzn.



Rycina 4. Mierniki ewaluacji programu.

Źródło: własne

W poniższej tabeli z kolei zestawiono katalog projektowanych działań z poszczególnymi miernikami ewaluacyjnymi (numeracja zgodna z wykazem zamieszczonym powyżej).

Tabela 2. Mierniki ewaluacji poszczególnych działań projektowanych w programie.

Zadanie	Numer stosowanego miernika
Realizacja ogólnych programów promocji zdrowia w szkołach, budujących kompetencje zdrowotne uczniów	1, 2, 3, 5, 6
Realizacja programów edukacyjnych adresowanych do uczniów wyższych roczników szkół podstawowych oraz szkół średnich dotyczących szkodliwości konsumpcji alkoholu	1, 2, 3, 5, 6
Realizacja programów promocji zdrowia w środowiskach młodzieży, nakierowanych na budowanie odpowiedniego potencjału zdrowotnego grupy docelowej, w szczególności modyfikację zachowań zdrowotnych związanych z konsumpcją alkoholu	1, 2, 4, 5, 6
Realizacja kampanii informacyjnych i edukacyjnych adresowanych do młodzieży, dotyczących szkodliwości alkoholu w wymiarze zdrowotnym i społecznym	1, 2, 4, 5, 6
Działania adresowane do ogółu ludności dorosłej, o charakterze profilaktyki uniwersalnej	1, 2, 4, 5, 6
Działania edukacyjne i o charakterze profilaktyki selektywnej adresowane do konkretnych grup docelowych	1, 2, 3, 4, 5, 6
Zapewnienie efektywności interwencji kryzysowej w przypadkach zaistnienia niekorzystnych zjawisk w życiu społecznym i rodzinnym, związanych z nadużywaniem alkoholu.	4, 5
Zapewnienie adekwatnej do potrzeb dostępności świadczeń zdrowotnych i społecznych dla osób zagrożonych i dotkniętych alkoholizmem	5, 6, 7
Budowa systemu usług społecznych służących zapewnieniu dostępu do infrastruktury sportowej,	3, 4, 5, 6

rekreacyjnej i kulturalnej dla osób ze środowisk szczególnie narażonych na ryzyko uzależnienia od alkoholu	
--	--

Źródło: opracowanie własne

7. Syntetyczna prezentacja schematu działań przewidzianych do realizacji w ramach programu

Tabela 3. Cele operacyjne i zaplanowane interwencje.

Cel operacyjny	Zaplanowane interwencje	Podmioty realizujące	Mierniki ewaluacji
1. Modyfikacja zachowań zdrowotnych związanych z konsumpcją alkoholu w środowiskach młodzieżowych	1.1. Realizacja ogólnych programów promocji zdrowia w szkołach, budujących kompetencje zdrowotne uczniów	Urząd Miasta, Szkoły i placówki oświatowe organizacje pozarządowe	Liczba realizowanych programów oraz liczba osób objętych interwencją (w wymiarze nominalnym), Zgodność realizowanych programów z założonymi celami i grupami docelowymi, Ocena podejmowanych działań przez członków grup docelowych Mierniki odnoszące się do zachowań zdrowotnych związanych ze spożywaniem alkoholu
	1.2. Realizacja programów edukacyjnych adresowanych do uczniów wyższych roczników szkół podstawowych oraz szkół średnich dotyczących szkodliwości konsumpcji alkoholu	Urząd Miasta Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Szkoły i placówki oświatowe organizacje pozarządowe	Liczba realizowanych programów oraz liczba osób objętych interwencją (w wymiarze nominalnym), Zgodność realizowanych programów z założonymi celami i grupami docelowymi, Ocena podejmowanych działań przez członków grup docelowych Mierniki odnoszące się do zachowań zdrowotnych związanych ze spożywaniem alkoholu Mierniki epidemiologiczne odnoszące się do problemów zdrowotnych związanych z alkoholem

1.3. Realizacja programów promocji zdrowia w środowiskach młodzieży, nakierowanych na budowanie odpowiedniego potencjału zdrowotnego grupy docelowej, w szczególności modyfikację zachowań zdrowotnych związanych z konsumpcją alkoholu	Urząd Miasta Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Organizacje pozarządowe Wyspecjalizowane podmioty zewnętrzne	Liczba realizowanych programów oraz liczba osób objętych interwencją (w wymiarze nominalnym), Zgodność realizowanych programów z założonymi celami i grupami docelowymi, Liczba rejestrowanych niepożądanych zdarzeń w przestrzeni publicznej związanej z nadużywaniem alkoholu Mierniki odnoszące się do zachowań zdrowotnych związanych ze spożywaniem alkoholu Mierniki epidemiologiczne odnoszące się do problemów zdrowotnych związanych z alkoholem
1.4. Realizacja kampanii informacyjnych i edukacyjnych adresowanych do młodzieży, dotyczących szkodliwości alkoholu w wymiarze zdrowotnym i społecznym	Urząd Miasta Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Szkoły i placówki oświatowe Organizacje pozarządowe	Liczba realizowanych programów oraz liczba osób objętych interwencją (w wymiarze nominalnym), Zgodność realizowanych programów z założonymi celami i grupami docelowymi, Liczba rejestrowanych niepożądanych zdarzeń w przestrzeni publicznej związanej z nadużywaniem alkoholu Mierniki odnoszące się do zachowań zdrowotnych związanych ze spożywaniem alkoholu Mierniki epidemiologiczne odnoszące się do problemów zdrowotnych związanych z alkoholem

2. Zmiana zachowań własnych osób dorosłych, a także zbudowanie kompetencji w zakresie wpływania na zachowania młodzieży ze strony osób dorosłych, w szczególności rodziców oraz osób mających zawodowy kontakt z młodzieżą	2.1. Działania adresowane do ogółu ludności dorosłej, o charakterze profilaktyki uniwersalnej	Urząd Miasta Placówki świadczące usługi medyczne Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Organizacje pozarządowe	Liczba realizowanych programów oraz liczba osób objętych interwencją (w wymiarze nominalnym), Zgodność realizowanych programów z założonymi celami i grupami docelowymi, Liczba rejestrowanych niepożądanych zdarzeń w przestrzeni publicznej związanej z nadużywaniem alkoholu Mierniki odnoszące się do zachowań zdrowotnych związanych ze spożywaniem alkoholu Mierniki epidemiologiczne odnoszące się do problemów zdrowotnych związanych z alkoholem
	2.2. Działania edukacyjne i o charakterze profilaktyki selektywnej adresowane do konkretnych grup docelowych	Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Placówki świadczące usługi medyczne	Liczba realizowanych programów oraz liczba osób objętych interwencją Zgodność realizowanych programów z założonymi celami i grupami docelowymi Ocena podejmowanych działań przez członków grup docelowych Liczba rejestrowanych niepożądanych zdarzeń w przestrzeni publicznej związanej z nadużywaniem alkoholu Mierniki odnoszące się do zachowań zdrowotnych związanych ze spożywaniem alkoholu Mierniki epidemiologiczne odnoszące się do problemów zdrowotnych związanych z alkoholem

3. Zapewnienie efektywności interwencji kryzysowej w przypadkach zaistnienia niekorzystnych zjawisk w życiu społecznym i rodzinnym, związanych z nadużywaniem alkoholu	3.1. Działania edukacyjne adresowane do nauczycieli, pedagogów szkolnych, pracowników socjalnych, a także przedstawicieli służb porządkowych na terenie miasta (straż miejska, policja) dotyczące umiejętności rozpoznawania symptomów zagrożeń związanych z nieodpowiednią konsumpcją alkoholu	Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie Miejska Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych	Liczba rejestrowanych niepożądanych zdarzeń w przestrzeni publicznej związanej z nadużywaniem alkoholu Mierniki odnoszące się do zachowań zdrowotnych związanych ze spożywaniem alkoholu
	3.2. Działania o charakterze profilaktyki wskazującej, adresowane do osób funkcjonujących w środowiskach podwyższonego ryzyka	Urząd Miasta Placówki świadczące usługi medyczne Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie Organizacje pozarządowe	Liczba rejestrowanych niepożądanych zdarzeń w przestrzeni publicznej związanej z nadużywaniem alkoholu Mierniki odnoszące się do zachowań zdrowotnych związanych ze spożywaniem alkoholu
	3.3. Tworzenie i utrzymanie odpowiedniej infrastruktury pomocowej dla osób będących ofiarami przemocy domowej i innych niekorzystnych zjawisk w życiu rodzinnym i społecznym	Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie organizacje pozarządowe	Mierniki odnoszące się do zachowań zdrowotnych związanych ze spożywaniem alkoholu Mierniki odnoszące się do zachowań zdrowotnych związanych ze spożywaniem alkoholu
	4. Zapewnienie adekwatnej do potrzeb dostępności świadczeń zdrowotnych i społecznych dla osób zagrożonych i dotkniętych alkoholizmem	4.1. Działania z zakresu profilaktyki wskazującej adresowane do osób w szczególny sposób zagrożonych wystąpieniem problemu alkoholizmu 4.2. Utrzymanie i rozbudowa w skali adekwatnej do potrzeb placówek świadczących usługi zdrowotne w zakresie leczenia i profilaktyki uzależnień	Mierniki epidemiologiczne odnoszące się do problemów zdrowotnych związanych z alkoholem Mierniki odnoszące się do dostępności świadczeń zdrowotnych i rehabilitacyjnych dla osób z problemem alkoholowym Mierniki odnoszące się do zachowań zdrowotnych związanych ze spożywaniem alkoholu Mierniki epidemiologiczne odnoszące się do problemów zdrowotnych związanych z alkoholem

			Mierniki odnoszące się do dostępności świadczeń zdrowotnych i rehabilitacyjnych dla osób z problemem alkoholowym Ocena podejmowanych działań przez członków grup docelowych Liczba rejestrowanych niepożądanych zdarzeń w przestrzeni publicznej związanej z nadużywaniem alkoholu Mierniki odnoszące się do zachowań zdrowotnych związanych ze spożywaniem alkoholu Mierniki epidemiologiczne odnoszące się do problemów zdrowotnych związanych z alkoholem
5. Budowa systemu usług społecznych służących zapewnieniu dostępu do infrastruktury sportowej, rekreacyjnej i kulturalnej dla osób ze środowisk szczególnie narażonych na ryzyko uzależnienia od alkoholu	5.1. Zapewnienie mieszkańcom miasta łatwego dostępu do wysokiej jakości infrastruktury sportowej, rekreacyjnej i kulturalnej	Urząd Miasta Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie	

Źródło: opracowanie własne

8. Finansowanie programu

Na realizację zadań przewidzianych w programie przeznacza się łącznie kwotę 1 mln PLN, w podziale zaprezentowanym w poniższej tabeli.

Tabela 4. Finansowanie programu.

Kwota (PLN)	Sposób wydatkowania
520000	Dotacje dla organizacji pozarządowych (działania z obszaru celów operacyjnych: 1., 2., 3., 4.
480000	Działania z obszaru celów operacyjnych: 1., 2., 3., 4., 5. realizowane bezpośrednio przez Urząd Miasta oraz Miejską Komisję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Źródło: opracowanie własne

Należy zaznaczyć, że w obrębie działań zaplanowanych w programie mieszczą się również kwestie finansowane poza schematem bezpośredniej polityki antyalkoholowej. W szczególności dotyczy to działań dotyczących celów operacyjnych 4. oraz 5. Kwoty wydatkowane na rozbudowę infrastruktury z zakresu ochrony zdrowia, a także infrastruktury społecznej, sportowej i rekreacyjnej, finansowane w innych działach budżetu miasta należy traktować jako pozostające w łączności z niniejszym programem.

9. Spis rycin

Rycina 1. Średnie spożycie czystego alkoholu w litrach na mieszkańca dla populacji >15 r.ż. w Polsce oraz „nowych” i „starych” krajach członkowskich UE.	6
Rycina 2. Trendy w zakresie rodzajów spożywanych alkoholi w Polsce.	7
Rycina 3. Trendy w zakresie zgonów powiązanych ze spożyciem alkoholu w Polsce oraz „nowych” i „starych” krajach członkowskich UE.	8
Rycina 4. Mierniki ewaluacji programu.	32

10. Spis tabel

Tabela 1. Realizatorzy działań przewidzianych w programie.	29
Tabela 2. Mierniki ewaluacji poszczególnych działań projektowanych w programie	33
Tabela 3. Cele operacyjne i zaplanowane interwencje.	34
Tabela 4. Finansowanie programu.	39

9. Piśmiennictwo

1. Albalawi Y., Sixsmith J. Agenda Setting for Health Promotion: Exploring an Adapted Model for the Social Media Era. *JMIR Public Health and Surveillance* 2015, 1(2): e21.
2. Diagnoza do Strategii Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na Lata 2014-2020.
3. European Action Plan to Reduce the Harmful Use of Alcohol 2012-2020. WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga 2012.
4. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic review. *Perspectives in Public Health*. 2012; 132(3): 128-134.
5. Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. World Health Organization, Genewa 2010.
6. Health for All Database: <http://data.euro.who.int/hfad/>.
7. Mental Health Action Plan 2013-2020. World Health Organization, Geneva 2013.
8. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 roku w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022. *Dz.U.* 2017, poz. 458.
9. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 sierpnia 2016 roku w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020. *Dz.U.* 2017, poz. 1492.
10. Program Rewitalizacji Miasta Skierniewice na Lata 2016-2020. Wersja zmieniona. Załącznik do uchwały nr XXXII/189/2016 Rady Miasta Skierniewice z dnia 21 grudnia 2016 r.
11. Stan Zdrowia Ludności Polski w 2014 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016.
12. Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na Lata 2014-2020.
13. Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych Miasta Skierniewice na lata 2017-2020. Załącznik do uchwały nr XXXVIII/53/2017 z dnia 27 kwietnia 2017 r.
14. Strategia Rozwoju Miasta Skierniewice do roku 2020. Załącznik do uchwały nr XXIV/74/2016 z dnia 21 kwietnia 2016 r.
15. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. *Dz.U.* 2016, poz. 487. z późn. zm.

16. Wojewódzka Strategia w Zakresie Polityki Społecznej 2020. Województwo Łódzkie.
Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, Łódź 2017.
17. Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2015 r. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017.

**Do Miejskiego Programu Profilaktyki
i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
na rok 2018**

**Zasady wynagradzania członków Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów
Alkoholowych za udział w posiedzeniach i pracach Komisji**

1. Przewodniczącemu, sekretarzowi i członkom Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Mieście Skierniewice przysługuje wynagrodzenie za prace w posiedzeniach Komisji.
2. Wynagrodzenie wypłacane jest za:
 - 1) prace wykonywane w ramach realizacji zadań wynikających z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi,
 - 2) udział w posiedzeniach Komisji.
3. Wynagrodzenie za pracę, o której mowa w punkcie 2 niniejszego załącznika, ustala się w sposób następujący:
 - 1) dla przewodniczącego i sekretarza Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych ustala się wynagrodzenie miesięczne w wysokości 750 zł (słownie: siedemset pięćdziesiąt złotych) brutto. Za każdą nieobecność przewodniczącego i sekretarza Komisji w posiedzeniu potrąca się kwotę 187,50 zł (słownie: sto osiemdziesiąt siedem złotych 50/100) brutto.
 - 2) dla członków Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych ustala się wynagrodzenie miesięczne w wysokości 450 zł (słownie: czterysta pięćdziesiąt złotych) brutto. Za każdą nieobecność członka w posiedzeniu Komisji potrąca się kwotę 112,50 zł (słownie: sto dwanaście złotych 50/100) brutto.
4. Podstawą do stwierdzenia obecności członka Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na posiedzeniu jest lista obecności podpisana przez obecnych z chwilą rozpoczęcia posiedzenia.
5. Miesięczne zbiorcze zestawienie należności za udział w posiedzeniach członków Komisji przygotowuje przewodniczący lub sekretarz Komisji i przedkłada Naczelnikowi Wydziału Rozwoju Gospodarczego, Sportu i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Skierniewice.
6. Naczelnik Wydziału Rozwoju Gospodarczego, Sportu i Spraw Społecznych sprawdza zestawienie pod względem merytorycznym i zatwierdza do wypłaty.

7. Wynagrodzenie za udział w posiedzeniach wypłacane jest za dany miesiąc z dołu, w ciągu 7 dni od dnia przedłożenia przez Przewodniczącego Komisji zestawienia należności.