

Adam Miller
Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni

PROFIL SOCJODEMOGRAFICZNY OSÓB KIEROWANYCH NA PRZYMUS LECZENIA

na podstawie wniosków kierowanych
do Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Gdyni



Wstęp

Komisja rozwiązywania problemów alkoholowych funkcjonuje na podstawie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi i tworzona jest przez interdyscyplinarny zespół, którego zadaniem jest realizacja zadań tej ustawy. Komisja powoływana jest w każdej gminie przez wójta, burmistrza lub prezydenta miasta (odpowiednio do zasięgu działania jako komisja gminna – GKRPA, miejska – MKRPA lub gminno-miejska – M-GKRPA). W Gdyni została powołana na mocy Zarządzenia Prezydenta Miasta Gdyni. Podstawowym zadaniem Komisji jest prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, w tym m.in. podejmowanie czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego. Do końca 2014 roku obsługę kancelaryjną GKRPA zapewniał Wydział Zdrowia Urzędu Miasta Gdyni, od stycznia 2015 roku zaś – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni, przy ul. Grabowo 2.

Wnioski kierowane do GKRPA dotyczą wszystkich gdynian z problemem alkoholowym, nie zaś żadnej zindywidualizowanej, czy skonkretyzowanej grupy mieszkańców miasta. Innymi słowy, wnioski kierowane do GKRPA są jednym z ważniejszych wskaźników obrazujących skalę problemu alkoholowego w ujęciu makro, całego miasta. Powyższe przekonanie stało się podstawą do przeprowadzenia badania *desk research*, obejmującego pogłębioną analizę wniosków kierowanych do GKRPA w okresie od 2013 roku do połowy 2015 roku. Celem badania było scharakteryzowanie osób kierowanych na przymus leczenia w kategoriach demograficzno-społecznych, a tym samym stworzenie unikalnego, bo gdyńskiego profilu socjodemograficznego osób kierowanych na przymus leczenia. Analiza i dokładne poznanie grupy oraz poszczególnych osób mogą mieć istotny wpływ na strategię działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych w Gdyni, pozwalając na wzmocnienie ich efektywności i skuteczności.

1

Wnioski skierowane do GKRPA na przestrzeni 2013 – I połowa 2015

1.1. Liczba wniosków

W okresie od 1 stycznia 2013 roku do dnia 30 czerwca 2015 roku złożono do GKRPA ogółem 453 wnioski. Według stanu na koniec czerwca 2015 roku, zakończono realizację 289 z nich (co stanowi 63,8% ogółu).

Tabela nr 1: Liczba wniosków złożonych do GKRPA w okresie od 2013 r. do I połowy 2015 r.

	2013	2014	I połowa 2015
liczba złożonych wniosków	154	196	103
liczba zakończonych wniosków ¹	147	130	12

¹według stanu na dzień 30.06.2015 roku

1.2. Wszczęcie postępowania

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, procedurę zobowiązania do leczenia odwykowego wdraża się wyłącznie wobec osób, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują: rozkład życia rodzinnego, demoralizację nieletnich, systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny lub uchylają się od pracy.

Procedurę można uruchomić poprzez złożenie podania z opisem niepokojącej sytuacji w rodzinie, w związku z nadużywaniem alkoholu przez jednego z jej członków. Ten tryb złożenia wniosku jest najbardziej powszechny w Gdyni i dotyczy połowy wniosków złożonych do GKRPA (wnioski złożone tylko przez członka rodziny stanowią 50,3% ogółu wniosków). Jest to pozytywna tendencja zważywszy, iż to członek najbliższej rodziny najlepiej zna skalę problemu i wie, jak naprawdę wygląda sytuacja rodzinna. W praktyce, powyższe ma również pozytywne znaczenie dla przebiegu samego postępowania, ułatwiając m.in. przeprowadzenie wywiadu ze świadkiem, który – obok opinii biegłych – stanowi jedną z głównych podstaw do złożenia przez GKRPA wniosku do sądu, co w konsekwencji może przyczynić się do orzeczenia przez sąd postanowienia o leczeniu. Spośród członków rodziny, wnioski składają najczęściej: współmałżonkowie (23,4%; częściej żony, niż mężowie), rodzice (19,0%; częściej matki, niż ojcowie) oraz dzieci (13,7%; częściej córki, niż synowie).

Wniosek o leczenie mogą złożyć do Komisji nie tylko członkowie najbliższej rodziny, ale także instytucje (wnioski złożone tylko przez instytucję stanowią 36% ogółu wniosków). W Gdyni są to najczęściej: Policja (17,2%), prokuratura (16,3%), MOPS (10,6%). Praktyka wskazuje, iż instytucje te bywają także wykorzystywane przez członków rodzin osób uzależnionych od alkoholu jako swego rodzaju „pośrednicy” w procedurze złożenia wniosku. Na poziomie praktycznym oznacza to, iż członek rodziny składa pismo do właściwej instytucji, np. do najbliższego miejsca zamieszkania komisariatu policji lub też do prokuratury, a ta przekazuje wniosek do GKRPA. Ten tryb wszczęcia postępowania dotyczy 8,4% ogółu wniosków złożonych do Komisji (por. tabela nr 2 „członek/członkowie rodziny za pośrednictwem instytucji”).

Czasami do Komisji wpływa więcej niż jeden wniosek o zastosowanie przymusu leczenia wobec osoby uzależnionej, złożony w krótkim odstępie czasu przez dwa podmioty niezależnie od siebie. Zazwyczaj jest to wniosek składany i przez członka rodziny, i instytucję (2,2%), rzadziej – dwie odrębne instytucje (0,7%).

Również sama osoba uzależniona, z własnej inicjatywy, może zwrócić się do GKRPA po pomoc i poradę w sprawie podjęcia leczenia lub też złożyć stosowny wniosek. Złożenie wniosku o zastosowanie przymusu leczenia przez samą osobę uzależnioną jest jednak rzadką praktyką – w Gdyni zdarzyło się to jednokrotnie.

Analiza materiałów źródłowych wskazuje, iż wnioski do Komisji rzadko składają osoby indywidualne niespokrewnione lub dalsi członkowie rodziny. Osobami niespokrewnionymi najczęściej są sąsiedzi, a do ich interwencji dochodzi zazwyczaj wtedy, gdy uzależnienie osoby kierowanej na przymus leczenia wpływa na bezpieczeństwo lub spokój w miejscu zamieszkania (np. libacje alkoholowe regularnie zakłócają ciszę nocną, interweniuje straż pożarna z powodu przypadków zaprószenia ognia, osoba uzależniona zanieczyszcza mieszkanie lub klatkę schodową).

Co warte odnotowania, wnioski składane są częściej przez kobiety niż mężczyzn – zdecydowanie częściej interweniują żony (19,0%), niż mężowie (4,4%), matki (13,9%), niż ojcowie (5,1%), córki (8,4%), niż synowie (5,3%) czy też siostry (6,8%), niż bracia (0,7%). Na podstawie posiadanych materiałów źródłowych nie można jednoznacznie stwierdzić czy wynika to z cech demograficzno-społecznych (takich jak np. skład gospodarstw domowych, liczba / płeć dzieci lub rodzeństwa osób kierowanych na przymus leczenia), czy też behawioralnych, związanych z większą wrażliwością społeczną.

Tabela nr 2: Wnioski złożone do GKRPA wg wnioskodawców

	liczba	% ogółu
tylko członek/członkowie rodziny	228	50,3
tylko instytucja	163	36,0
członek/członkowie rodziny za pośrednictwem instytucji	38	8,4
instytucja i członek/członkowie rodziny niezależnie od siebie	10	2,2
dwie instytucje niezależnie od siebie	3	0,7
instytucja za pośrednictwem innej instytucji	2	0,4
inni (np. sąsiedzi bezpośrednio lub za pośrednictwem instytucji, sama osoba uzależniona)	9	2,0
	453	100,0

 Tabela nr 3: Wnioski złożone do GKRPA wg wnioskodawców –
uszczegółowienie

CZŁONKOWIE RODZINY		
małżonkowie	106	23,4
żona	85	18,8
mąż	19	4,2
była żona	1	0,2
były mąż	1	0,2
rodzice	86	19,0
matka	63	13,9
ojciec	23	5,1
dzieci	62	13,7
syn	24	5,3
córka	38	8,4
rodzeństwo	34	7,5
siostra	31	6,8
brat	3	0,7
partnerzy	13	2,9
konkubina	7	1,5
konkubent	4	0,9
była konkubina	2	0,4
inni członkowie rodziny	26	5,7
siostrzenica	8	1,8
wnuczka	4	0,9
bratowa	3	0,7
pasierbica	2	0,4
kuzynka	1	0,2
dziadek	1	0,2
szwagier	1	0,2
zięć	1	0,2
synowa	1	0,2
siostrzeniec	1	0,2
żona siostrzeńca	1	0,2
macocha	1	0,2
matka chrzestna	1	0,2

INSTYTUCJE		
Policja	78	17,2
KP Chylonia	7	1,5
KP Karwiny	3	0,7
KP Oksywie	39	8,6
KP Redłowo	9	2,0

KP Witomino	10	2,2
KP Śródmieście	10	2,2
prokuratura	74	16,3
MOPS Gdynia	48	10,6
DOPS nr 1	7	1,5
DOPS nr 2	17	3,8
DOPS nr 3	9	2,0
DOPS nr 4	2	0,4
Zespół ds. Bezdomnych	5	1,1
Zespół ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie	8	1,8
Sąd / kuratorska służba sądowa	26	5,7
kurator	20	4,4
Sąd Rejonowy Wydział Rodzinny i Nieletnich	6	1,3
Specjalny Ośrodek Szkolno- Wychowawczy nr 1	1	0,2

INNE		
sąsiedzi	5	1,1
sama osoba uzależniona	1	0,2

uwaga: odsetki nie sumują się, ponieważ jeden wniosek mógł zostać złożony przez więcej niż jeden podmiot / osobę

1.3. Zakończenie postępowania

Analiza 289 wniosków złożonych do GKRPA i zakończonych do połowy 2015 roku, wskazuje, iż tryb zakończenia postępowania w sprawie zastosowania przymusu leczenia przyjmuje w Gdyni jedną z trzech form:

1. GKRPA skierowała wniosek do sądu, w tym:

- orzeczono postanowienie o leczeniu w trybie stacjonarnym lub niestacjonarnym;
- sąd oddalił wniosek lub umorzył postępowanie;
- sąd umorzył postępowanie z powodu wycofania wniosku przez GKRPA.

Ten tryb zakończenia postępowania dotyczy w Gdyni 77,9% ogółu wniosków skierowanych do Komisji.

2. GKRPA zawiesiła postępowanie, bez kierowania wniosku do sądu, na skutek:

- wydanej przez biegłych opinii psychiatryczno-psychologicznej, nie potwierdzającej zespołu zależności alkoholowej;
- pisemnej prośby wnioskodawcy wskazującej, że osoba kierowana na przymus leczenia podjęła terapię, pracę lub utrzymuje abstynencję;
- braku kontaktu z osobą kierowaną na przymus leczenia, braku możliwości ustalenia jej aktualnego miejsca pobytu;
- pobytu osoby kierowanej na przymus leczenia w szpitalu z powodu złego stanu zdrowia i planowanej długotrwałej hospitalizacji lub – rzadziej – jej pobytu w areszcie śledczym;
- braku przesłanek ustawowych.

Ten tryb zakończenia postępowania dotyczy w Gdyni 20,1% ogółu wniosków skierowanych do Komisji.

3. GKRPA anulowała postępowanie, bez kierowania wniosku do sądu, na skutek:
- zgonu osoby kierowanej na przymus leczenia;
 - braku podstaw formalnych – osoba kierowana na przymus leczenia nie przebywa na terenie gminy Gdynia lub przeprowadziła się (wówczas wniosek jest przekazywany do innej gminy zgodnie z właściwością miejscową).

Ten tryb zakończenia postępowania dotyczy w Gdyni 2,1% ogółu wniosków skierowanych do Komisji.

Wraz z postanowieniem o leczeniu w trybie stacjonarnym lub niestacjonarnym, sąd może ustanowić nadzór kuratora na czas trwania obowiązku leczenia. W Gdyni zdarza się to stosunkowo rzadko – spośród 153 postanowień o leczeniu, sąd ustanowił nadzór kuratorski w odniesieniu do 6,5% wniosków.

W kontekście trybu zakończenia postępowania w sprawie zastosowania przymusu leczenia dwie informacje są szczególnie istotne i warte podkreślenia – średnio co trzeci wniosek (77,9%), jaki wpłynie do GKRPA zostanie skierowany do sądu, co drugi (52,9%) zakończy się postanowieniem sądowym o leczeniu. Warto dodać też, iż częściej orzekane jest leczenie w trybie niestacjonarnym (85,6% spośród ogółu wniosków zakończonych postanowieniem o leczeniu), niż stacjonarnym (14,4%), zaś postanowienie sądowe zobowiązujące osobę uzależnioną do leczenia odwykowego jest wykonywalne przez dwa lata od uprawomocnienia się orzeczenia sądu.

Tabela nr 4: Tryb zakończenia postępowania (N=289)

		liczba	% ogółu
1a	Wniosek skierowany do sądu zakończony postanowieniem o leczeniu	153	52,9
	niestacjonarne	131	45,3
	stacjonarne	22	7,6
1b	Wniosek skierowany do sądu zakończony umorzeniem postępowania lub oddaleniem wniosku	55	19,0
	oddalenie wniosku / umorzenie postępowania	51	17,6
	zawieszenie postępowania z uwagi na brak możliwości ustalenia aktualnego miejsca pobytu osoby kierowanej na przymus leczenia	2	0,7
	zgon osoby kierowanej na przymus leczenia	2	0,7
1c	Wniosek skierowany do sądu, ale wycofany przez GKRPA (umorzenie postępowania)	17	5,9
	wyjazd za granicę, wyprowadzka, zmiana miejsca zamieszkania	5	1,7
	z powodu podjęcia terapii przez osobę kierowaną na przymus leczenia	3	1,0
	opinia biegłych sądowych – nie stwierdzono zespołu zależności alkoholowej	3	1,0
	opinia biegłych sądowych – stwierdzono zespół zależności alkoholowej, jednak zbyt zaawansowane stadium uzależnienia przekreśla celowość terapii	2	0,7
	inny (zły stan zdrowia osoby kierowanej na przymus leczenia, orzeczenie przymusu leczenia w sprawie karnej)	4	1,4

2	Zawieszenie postępowania, bez skierowania wniosku do sądu	58	20,1
	podstawa opinii biegłych – nie stwierdzono zespołu zależności alkoholowej	23	8,0
	na prośbę wnioskodawcy – osoba kierowana na przymus leczenia podjęła leczenie lub pracę lub też utrzymuje abstynencję	19	6,6
	brak kontaktu z osobą kierowaną na przymus leczenia (nieznany adres, wyjazd za granicę)	7	2,4
	osoba kierowana na przymus leczenia przebywa w szpitalu lub areszcie śledczym	5	1,7
	brak danych lub brak przesłanek ustawowych	4	1,4
3	Anulowanie postępowania, bez skierowania wniosku do sądu	6	2,1
	zgon osoby kierowanej na przymus leczenia	4	1,4
	osoba kierowana na przymus leczenia nie jest mieszkańcem gminy Gdynia	2	0,7

1.4. Opinia psychiatryczno-psychologiczna w przedmiocie uzależnienia od alkoholu

Ważnym elementem postępowania zmierzającego do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego – warunkującym nierzadko tryb jego zakończenia – jest opinia psychiatryczno-psychologiczna. Zadaniem GKRPA jest bowiem ustalenie, czy dana osoba jest uzależniona od alkoholu, czy w aktualnym stanie zdrowia powinna się leczyć i w jakiej formie. W tym celu kieruje się osoby zgłoszone do Komisji na badania lekarskie, wykonywane przez dwóch biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu, tj.: lekarza psychiatrę i psychologa. Materiały źródłowe wskazują, iż więcej niż co druga osoba (65,7%) kierowana na przymus leczenia jest wzywana i stawia się dobrowolnie na badanie wykonywane przez biegłych przed Komisją.

Jeżeli osoba kierowana – pomimo wezwania – nie zgłasza się jednak na badanie przed GKRPA, odmawia lub utrudnia jego przeprowadzenie, zaś wywiad w środowisku jest obciążający, kieruje się sprawę do sądu, który może nakazać nie tylko jego wykonanie, ale też przymusowe doprowadzenie na badanie przez Policję. Warto bowiem dodać, iż GKRPA nie ma możliwości czy też podstaw formalno-prawnych do zmuszenia uczestnika postępowania do badania, uprawnienie takie przysługuje natomiast sądowi. W Gdyni średnio co dziesiąta osoba (10,4%) – z powodu dwukrotnego niestawiennictwa na badanie przed Komisją – została przebadana przez biegłych na skutek nakazu sądowego.

Na podstawie ogółu zakończonych wniosków, można stwierdzić, iż w przypadku ponad co trzeciej osoby (77,5%) kierowanej na przymus leczenia, biegli wydali opinie w przedmiocie uzależnienia od alkoholu. Średnio co czwarta osoba (22,5%) nie została skierowana na badanie lub też – pomimo skierowania – nie została przebadana przez biegłych. Powyższe wynika częściej z przyczyn niezależnych, związanych z nie kierowaniem przez Komisję uczestnika postępowania na badanie (zazwyczaj na skutek pisemnej prośby wnioskodawcy o umorzenie postępowania, ale też zaistnienia obiektywnych przeszkód, związanych np. z dłuższą hospitalizacją czy złym stanem zdrowia osoby zgłoszonej do GKRPA), niż zależnych, wynikających z nagminnego unikania przez osobę kierowaną na przymus leczenia stawiennictwa na badanie przed sądem czy Komisją (według szacunków, powyższe dotyczy ok. 6,0% populacji osób badanych).

Tabela nr 5: Opinia biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu (N=289)

	liczba	% ogółu
tylko opinia biegłych przed Komisją	190	65,7
tylko opinia biegłych sądowych	30	10,4
obie	4	1,4
brak opinii biegłych	65	22,5
	289	100,0

1.5. Wywiad ze świadkiem

Jednym z etapów postępowania jest również przeprowadzenie wywiadu ze świadkiem, który ma na celu zgromadzenie szczegółowych informacji na temat osoby zgłoszonej, w szczególności w zakresie jej choroby alkoholowej. To istotny element postępowania w sprawie zastosowania wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego – wywiad ze świadkiem, obok opinii biegłych, jest bowiem jednym z kluczowych dowodów w sprawie, na podstawie których sąd może orzec obowiązek leczenia odwykowego.

Analiza materiałów źródłowych wskazuje, iż w przypadku 70,4% ogółu wniosków przeprowadzono wywiad ze świadkiem, choć warto odnotować, iż wskaźnik ten obejmuje też wnioski w trakcie procedowania, tj. wnioski nie zakończone według stanu na połowę 2015 roku. Przedstawienie rozkładu procentowego dla całej populacji ma jednak znaczenie dla zobrazowania kim najczęściej są świadkowie, z którymi przeprowadzane są wywiady w ramach postępowania. Zawężając próbę wyłącznie do wniosków zamkniętych (N=289), powyższy odsetek wzrasta do 76,5%, co oznacza, iż w odniesieniu do średnio co trzeciego złożonego do GKRPA wniosku przeprowadzany jest wywiad ze świadkiem.

Świadkami najczęściej są członkowie najbliższej rodziny (zazwyczaj współmałżonkowie, rodzice, dzieci oraz rodzeństwo), rzadziej – przedstawiciele instytucji (pracownicy ośrodka pomocy społecznej, kuratorzy), czy też członkowie dalszej rodziny, rzadko – osoby indywidualne, niespokrewnione (sąsiedzi). Zdecydowanie częściej świadkami są kobiety, niż mężczyźni, a więc częściej żony (31,3%), niż mężowie (7,5%), matki (20,4%), niż ojcowie (6,6%), córki (9,7%), niż synowie (4,1%), czy też siostry (9,7%), niż bracia (1,6%). Analogiczna tendencja widoczna jest także w rozkładzie płci wnioskodawców, tj. osób składających wniosek do GKRPA (por. tabela nr 3). Podobnie jak wówczas, na podstawie posiadanych materiałów źródłowych nie można jednak jednoznacznie stwierdzić czy to, że kobiety częściej niż mężczyźni składają wniosek o przymus leczenia i są świadkami, z którymi przeprowadzany jest wywiad, wynika z cech demograficzno-społecznych populacji osób badanych, czy też behawioralnych, związanych z większą wrażliwością społeczną.

Tabela nr 6: Wywiad ze świadkiem

	liczba	% ogółu
tak	319	70,4
nie	133	29,4
brak danych	1	0,2
	453	100,0

Tabela nr 7: Świadkowie, z którymi przeprowadzono wywiad (N=319)

	liczba	% ogółu
żona / była żona	100	31,3
matka	65	20,4
córka	31	9,7

siostra	31	9,7
mąż / były mąż	24	7,5
ojciec	21	6,6
pracownik MOPS	18	5,6
syn	13	4,1
siostrzenica	9	2,8
konkubent	6	1,9
konkubina	5	1,6
brat	5	1,6
wnuki	4	1,3
sąsiadka	4	1,3
bratowa	4	1,3
kurator	3	0,9
opiekunka z usług opiekuńczych	3	0,9
synowa	2	0,6
inne, pojedyncze (babcia, dziadek, siostrzeniec, szwagier, pasierbica, kuzynka, żona siostrzeńca)	7	2,2

uwaga: odsetki nie sumują się, ponieważ w przypadku pojedynczego postępowania wywiad mógł zostać przeprowadzony z więcej niż jednym świadkiem

1.6. Czas trwania postępowania

Czas trwania postępowania bezpośrednio wynika z indywidualnej sytuacji życiowej osoby zgłoszonej do GKRPA, pośrednio też z trybu zakończenia procedury. Najwięcej wniosków zakańczanych jest między 3 a 6 miesiącem procedowania (36,7%) lub między 6 a 12 miesiącem (37,0%). Średnia długość trwania procedury (od momentu złożenia wniosku do zakończenia postępowania) wynosi zaś dla ogółu wniosków 6,5 miesiąca. Wśród nich znajdują się zarówno te procedury, które trwały kilka tygodni (najkrótsza trwała 9 dni, zaś postępowanie anulowano z uwagi na zmianę miejsca zamieszkania – wniosek przekazano do gminy właściwej miejscu faktycznego pobytu osoby kierowanej na przymus leczenia), jak i kilkanaście miesięcy (najdłuższa – blisko dwa lata, tj. 1 rok i 11 miesięcy).

Jak wspomniano, średnia długość czasu trwania postępowania warunkowana jest również trybem zakończenia procedury. Jest on dłuższy w przypadku procedur kończonych postanowieniem sądowym o leczeniu, krótszy – dla procedur zawieszanych:

a) średnia długość trwania procedury zakończonej uprawomocnieniem wyroku o przymusie leczenia wynosi 7,5 miesiąca;

b) średnia długość trwania procedury zakończonej zawieszeniem, bez kierowania wniosku do sądu, wynosi 3 miesiące.

Tabela nr 8: Długość trwania postępowania (N=289)

	liczba	% ogółu
3 miesiące i poniżej	34	11,8
powyżej 3 do 6 miesięcy	106	36,7
powyżej 6 miesięcy do 1 roku	107	37,0
powyżej 1 roku do 1,5 roku	37	12,8
powyżej 1,5 roku	5	1,7
	289	100,0

2.1. Okres nadużywania alkoholu

Wyniki analizy materiałów źródłowych wskazują na długoletnie uzależnienie od alkoholu osób kierowanych na przymus leczenia. W blisko co trzecim (72,6%) złożonym do GKRPA wniosku wskazano na okres nasilenia problemu alkoholowego dłuższy niż 5 lat, w tym w przypadku 12,6% wskazano okres powyżej 15 lat, a w kolejnych 26,0% nieokreślone w latach, ale wieloletnie uzależnienie od alkoholu. Zaledwie 6,1% ogółu wniosków dotyczyło osób, które nadużywają alkoholu krócej niż 2 lata, lub takich, w przypadku których świadek nie potwierdził istnienia problemu uzależnienia. Warto również zaznaczyć, iż w sytuacjach, gdy świadkowie nie potwierdzali problemu uzależnienia, wydane przez biegłych opinie psychiatryczno-psychologiczne często wskazywały na picie szkodliwe, mogące doprowadzić w przyszłości do zespołu zależności alkoholowej.

W kontekście powyższych statystyk i przyjmowanej w literaturze przedmiotu typologii przebiegu choroby alkoholowej, osoby kierowane na przymus leczenia zdecydowanie częściej znajdują się w zaawansowanym stadium alkoholizmu (faza krytyczna lub przewlekła), niż początkowym (faza wstępna lub ostrzegawcza) ¹.

Tabela nr 9: Okres nadużywania alkoholu przez osoby kierowane na przymus leczenia

	liczba	% ogółu
poniżej roku	4	0,9
1 rok do 2 lat	12	2,6
2 lata do 5 lat	46	10,2
5 lat do 10 lat	59	13,0
10 lat do 15 lat	38	8,4
15 lat do 20 lat	19	4,2
20 lat i powyżej	38	8,4
kilka lat	57	12,6
nieokreślony, dłuższy czas ¹	118	26,0
brak danych	50	11,0
świadek nie potwierdził uzależnienia	12	2,6
	453	100,0

¹ „kilkanaście lat”, „od dłuższego czasu”, „od lat”, „wiele lat”, „odkąd pamiętam”, „od zawsze”

2.2. Płeć i wiek

Na cztery wnioski złożone do GKRPA, średnio trzy dotyczą mężczyzn (74,6%), jeden – kobiety (25,4%). Więcej niż co drugi wniosek (56,1% ogółu) dotyczy osoby w wieku 50 lat i więcej, zaś średnia wieku dla wszystkich osób kierowanych na przymus leczenia wynosi 50 lat. Odsetek osób w wieku poniżej 30 roku życia wyniósł zaledwie 6,1% ogółu, a najmłodsza z nich miała w chwili złożenia wniosku 21 lat (dla porównania, najstarsza – 84 lata).

Pomimo obserwowanej dominacji liczebnej mężczyzn nad kobietami w populacji osób kierowanych na przymus leczenia, w poszczególnych kategoriach wiekowych odsetek uzależnionych kobiet jest porównywalny z odsetkiem uzależnionych mężczyzn. Innymi słowy, odsetek osób

¹ www.abcalkoholizm.pl/fazy-alkoholizmu

uzależnionych wśród obu płci jest zbliżony w każdym przedziale wiekowym. Także średnia wieku dla obu płci jest porównywalna lub identyczna ze średnią wieku dla ogółu populacji – podczas gdy średnia wieku dla wszystkich osób kierowanych na przymus leczenia wynosi 50 lat, w skategoryzowanych według płci grupach wynosi odpowiednio: dla kobiet – 51 lat, dla mężczyzn – 50 lat.

Dominujący udział osób w starszym wieku w populacji osób badanych, połączony z długoletnim nadużywaniem alkoholu, znajdują odzwierciedlenie w sytuacji społecznej znacznej części osób kierowanych na przymus leczenia. Wieloletnie nadużywanie alkoholu uwidacznia się nie tylko w degradacji stanu zdrowia (czego wyrazem jest m.in. częstotliwość hospitalizacji z powodu szkód zdrowotnych wywołanych nadużywaniem alkoholu), ale też nierzadko w zaburzeniach funkcjonowania społecznego, przejawiających się w zerwaniu związków rodzinnych, utracie pracy, zachowaniach przemocowych, czasem bezdomności czy konfliktach z prawem. Powyższe zagadnienia opisano szczegółowo w dalszej części raportu.

Tabela nr 10: Struktura wieku i płci

	liczba	% ogółu	płeć
poniżej 18 roku życia	0	0,0	0k / 0m
18-24	7	1,5	1k / 6m
25-29	21	4,6	7k / 14m
30-39	70	15,5	15k / 55m
40-49	101	22,3	24k / 77m
50-59	140	30,9	35k / 105m
60-69	97	21,4	29k / 68m
powyżej 70 roku życia	17	3,8	4k / 13m
	453	100,0	115k / 338m

2.3. Wykształcenie

Analiza materiałów źródłowych wskazuje, iż wśród osób kierowanych na przymus leczenia dominują osoby słabiej wykształcone. Więcej niż co druga osoba (54,1%) posiada wykształcenie zasadnicze zawodowe lub niższe, w tym blisko co piąta (18,1%) – wykształcenie podstawowe lub żadne. Odsetek osób z wykształceniem pomaturalnym lub wyższym stanowi mniej niż 5,0% ogółu populacji osób badanych.

Wysoki odsetek braków danych (sięgający 19,0%) rzutuje jednak na możliwość uogólnienia wyników na całość populacji osób badanych.

Tabela nr 11: Wykształcenie osób kierowanych na przymus leczenia

	liczba	% ogółu
brak lub podstawowe	82	18,1
gimnazjalne	8	1,8
zasadnicze zawodowe	155	34,2
średnie	100	22,1
pomaturalne	2	0,4
wyższe	20	4,4
brak danych	86	19,0
	453	100,0

2.4. Miejsce zamieszkania

Pod względem miejsca zamieszkania, najwięcej osób kierowanych na przymus leczenia zamieszkuje w dzielnicach: Chylonia (13,2%), Oksywie (11,3%) oraz Obłuże (10,4%). Najmniej zaś w dzielnicach Babie Doły oraz Kamienna Góra (poniżej 1%).

Analizowanie zjawiska uzależnienia od alkoholu w aspekcie terytorialnym, wyłącznie poprzez liczbę złożonych wniosków dla danej dzielnicy zamieszkania, byłaby jednak niemiarodajna bez uwzględnienia zróżnicowania dzielnic pod względem liczby mieszkańców. Innymi słowy, im więcej mieszkańców w danej dzielnicy, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia. Powyższa zależność widoczna jest również w liczbie wniosków złożonych do GKRPA. Chylonia, Obłuże i Oksywie to trzy najliczniej zamieszkałe dzielnice Gdyni, zaś Babie Doły i Kamienna Góra – dwie najmniej liczne.

Zrelatywizowanie liczby złożonych wniosków do liczebności mieszkańców poszczególnych dzielnic, wskazuje, iż nie obserwuje się w Gdyni dominacji żadnej z dzielnic nad pozostałymi, jeśli chodzi o natężenie występowania zjawiska uzależnienia od alkoholu, przynajmniej w kontekście oficjalnych statystyk, wyrażonych liczbą wniosków złożonych do GKRPA.

Zebrane dane wskazują, iż odsetek procedur w ogólnej liczbie mieszkańców poszczególnych dzielnic Gdyni jest równomierny i w żadnej z nich nie przekracza 0,3% ogółu ludności (oscylując w poszczególnych dzielnicach Gdyni w granicach pomiędzy 0,1% a 0,3%). Oznacza to, że uzależnienie od alkoholu, w aspekcie ilościowym, dotyczy wszystkich gdyńskich dzielnic w równym stopniu.

Tabela nr 12: Osoby kierowane na przymus leczenia według miejsca zamieszkania w Gdyni

Lp.	dzielnica	liczba procedur	% ogółu	% w liczbie mieszkańców ¹
1	Babie Doły	3	0,7	0,1
2	Chwarzno - Wiczlino	10	2,2	0,1
3	Chylonia	60	13,2	0,2
4	Cisowa	30	6,6	0,2
5	Dąbrowa	13	2,9	0,1
6	Działki Leśne	16	3,5	0,2
7	Grabówek	21	4,6	0,2
8	Kamienna Góra	3	0,7	0,1
9	Karwiny	16	3,5	0,2
10	Leszczynki	20	4,4	0,2
11	Mały Kack	14	3,1	0,2
12	Obłuże	47	10,4	0,2
13	Oksywie	51	11,3	0,3
14	Orłowo	7	1,5	0,1
15	Pogórze	30	6,6	0,2
16	Pustki Cisowskie - Demptowo	21	4,6	0,2
17	Redłowo	14	3,1	0,2
18	Śródmieście	19	4,2	0,1
19	Wielki Kack	9	2,0	0,1
20	Witomino - Leśniczówka	7	1,5	0,1
21	Witomino - Radiostacja	18	4,0	0,2
22	Wzgórze Św. Maksymiliana	13	2,9	0,1
23	osoba bezdomna	10	2,2	-
24	osoba mieszkająca poza Gdynią	1	0,2	-
		453	100,0	

¹ w odniesieniu do liczby mieszkańców dzielnicy; liczba mieszkańców wg danych ewidencji ludności Urzędu Miasta Gdyni (stan na koniec 2014 roku)

2.5. Stan cywilny

Biorąc pod uwagę stan cywilny, 40,2% osób kierowanych na przymus leczenia to osoby w związkach małżeńskich, kolejne 20,1% to osoby samotne. Materiały źródłowe wskazują także, iż 23,3% ogółu osób jest po rozwodzie, w trakcie rozwodu lub w separacji. Oznacza to, że blisko co czwarty związek formalnie uległ rozpadowi, w tym w odniesieniu do 65,1% z nich udokumentowano, że wniosek o rozwód lub separację złożył współmałżonek z powodu alkoholizmu osoby kierowanej na przymus leczenia, czasami również przy współwystępowaniu innych powodów, wśród których najczęściej wymieniano znęcanie fizyczne lub psychiczne.

Powyższe dane wskazują na dwa istotne zagadnienia. Z jednej strony, dowodzą negatywnego wpływu uzależnienia na funkcjonowanie społeczne w sferze życia rodzinnego, potwierdzając, iż nadużywanie alkoholu może skutkować zerwaniem związków rodzinnych. Z drugiej strony, wskazują jak niezwykle istotna w leczeniu choroby alkoholowej i procesie zdrowienia samego alkoholika jest również pomoc dla osoby współuzależnionej. Choroba alkoholowa dotykać może bowiem nie tylko osoby uzależnionej, ale także jej bliskich, zaś każdy człowiek będący w bliskiej relacji z uzależnionym narażony jest na współuzależnienie. Wątek ten podjęto także w dalszej części raportu.

Tabela nr 13: Stan cywilny osób kierowanych na przymus leczenia

	liczba	% ogółu
kawaler/panna	91	20,1
żonaty/zamężna	182	40,2
wdowiec/wdowa	17	3,8
w konkubinacie	46	10,2
rozwodnik/rozwódka	71	15,7
w trakcie rozwodu	16	3,5
w separacji	19	4,1
brak danych	11	2,4
	453	100,0

2.6. Środowisko rodzinne

Większość osób (60,7%) skierowanych na przymus leczenia posiada własne mieszkanie, jednak średnio co trzecia osoba (36,2%) zamieszkuje w lokalu należącym do innej osoby. Najczęściej są nimi rodzice (71,3%), rzadko rodzeństwo (6,1%) czy dzieci (3,0%). Powyższe znajduje odzwierciedlenie w zależności ekonomicznej od innych osób, którymi – jak wskazują przedstawione w dalszej części raportu dane źródłowe – najczęściej bywają domownicy.

Na uwagę zasługuje nieznaczny (sięgający 2,2% ogółu), ale istotny – wskazujący bowiem na jeden z najwyższych stopni wykluczenia społecznego – odsetek osób bezdomnych w populacji osób kierowanych na przymus leczenia. Zazwyczaj są to osoby bezdomne przebywające w miejscach niemieszkalnych (pustostany, altanki działkowe), rzadziej – placówkach wsparcia oferujących schronienie (Tymczasowy Ośrodek Opiekuńczy, schronisko dla osób bezdomnych).

Tabela nr 14: Osoby kierowane na przymus leczenia zamieszkujące we własnym mieszkaniu

	liczba	% ogółu
tak	275	60,7
nie	164	36,2
osoba bezdomna	10	2,2
brak danych	4	0,9
	453	100,0

Tabela nr 15: Właściciel lokalu, w którym zamieszkuje osoba kierowana na przymus leczenia (N=164)

	liczba	% ogółu
rodzice	117	71,3
rodzeństwo	10	6,1
komunalne / socjalne / TBS	10	6,1
konkubent / konkubina	8	4,9
dzieci	5	3,0
dziadkowie	3	1,8
rozwiedziony / separowany małżonek	3	1,8
wynajem	2	1,2
teściowie	2	1,2
inny (znajomy, rodzina, konkubina ojca)	3	1,8
brak danych	1	0,6
	164	100,0

Zdecydowanie częściej osoby kierowane na przymus leczenia to osoby zamieszkujące we wspólnych gospodarstwach domowych (87,2%), niż samotnie (10,8%). Najczęściej są to gospodarstwa dwu- (31,1%) i trzyosobowe (29,4%), choć odsetek osób zamieszkujących w gospodarstwach domowych większych niż czteroosobowe (26,7%) jest również znaczący. Pogłębiona analiza materiałów źródłowych wskazuje, iż z osobami kierowanymi na przymus leczenia najczęściej zamieszkują współmałżonkowie. Najczęściej są to żony (32,7%), co w dużej mierze wynika zapewne ze struktury płci osób kierowanych na przymus leczenia (liczebnie dominują mężczyźni).

Powyższe cechy społeczno-demograficzne są szczególnie istotne w kontekście takich zagadnień jak współuzależnienie czy uzależnienie interpersonalne. Uważa się, że alkoholizm to choroba całej rodziny, zaś negatywnym i długotrwałym skutkiem uzależnienia podlega nie tylko osoba uzależniona, ale i członkowie rodziny. Bardzo często na współuzależnienie, czyli szczególnie rodzaj relacji z osobą uzależnioną i jej alkoholizmem, cierpi żona uzależnionego męża. Nie sposób wyczerpująco opisać syndromu współuzależnienia w niniejszym raporcie – problematyka ta jest jednak szczegółowo opisana i omówiona w literaturze przedmiotu. Warto jednak zaznaczyć, że powyższe dane potwierdzają istotę działań terapeutycznych wykonywanych nie tylko z osobą uzależnioną, ale również całym jej najbliższym otoczeniem (np. w formie psychoterapii lub/i grup samopomocy typu Al-Anon, Al-Ateen, DDA, DDD).

Tabela nr 16: Struktura gospodarstw domowych

	liczba	% ogółu
jednoosobowe (tylko osoba kierowana)	49	10,8
dwuosobowe	141	31,1
trzyosobowe	133	29,4
czteroosobowe	74	16,3
pięćosobowe	25	5,5
sześćosobowe	14	3,1
siedmioosobowe	5	1,1
ośmioosobowe	3	0,7
brak danych	9	2,0
	453	100,0

Tabela nr 17: Skład gospodarstw domowych – domownicy w relacji do osoby kierowanej na przymus leczenia (N=453)

	liczba	% ogółu
żona / była żona	148	32,7
syn	126	27,8
córka	107	23,6
matka	104	23,0
ojciec / ojczym	59	13,0
mąż / były mąż	46	10,2
siostra	28	6,2
konkubent	22	4,9
brat	20	4,4
wnuki	19	4,2
konkubina	16	3,5
siostrzeńcy / bratankowie	14	3,1
synowa / zięć	13	2,9
dzieci siostrzeńców / bratanków	5	1,1
szwagier / bratowa	6	1,3
babcia	5	1,1
teściowie	5	1,1
partnerzy siostrzeńców / bratanków	4	0,9
kolega / znajomy	3	0,7
przysposobione dzieci	2	0,4
pasierb	2	0,4
narzeczony córki	2	0,4
konkubent siostry	2	0,4
inni, pojedynczy (dziadek, konkubina ojca, przyszywane rodzeństwo)	3	0,7

uwaga: podane wartości dotyczą pojedynczych statusów w rodzinie, nie zaś liczby osób o danym statusie w rodzinie

Szczególnym rodzajem problemu alkoholowego w rodzinie jest także ten, gdy osoba zgłaszana nie jest jedyną osobą uzależnioną w rodzinie. W odniesieniu do osób kierowanych w Gdyni na przymus leczenia, w blisko co piątym środowisku (19,2%) problem alkoholowy dotyczy nie tylko osoby, wobec której złożono wnioski, ale też innego członka rodziny. Zazwyczaj jest to: współmałżonek (33,3%; częściej żona, niż mąż), rodzic (20,7%, częściej ojciec, niż matka), partner (19,5%, częściej konkubent, niż konkubina) oraz rodzeństwo (17,2%; częściej brat, niż siostra). Co więcej, w 11 z 87 rodzin problem nadużywania alkoholu dotyczy – poza osobą kierowaną na przymus leczenia – więcej niż jednego domownika.

Opisywana sytuacja, w której problem alkoholowy dotyczy więcej niż jednej osoby w rodzinie, niesie konkretne zagrożenia dla skuteczności i efektywności terapii przeciwalkoholowej, którą może podjąć osoba kierowana na przymus leczenia na skutek złożenia wniosku do GKRPA. Tym bardziej, iż – jak wskazują dokumenty źródłowe – zaledwie 8 osób ze wskazanych 87 rodzin podejmowało kiedykolwiek leczenie uzależnienia.

W kontekście danych zastanych dotyczących domowników nadużywających alkoholu wraz z osobami kierowanymi na przymus leczenia, zwraca uwagę:

(1) dominujący udział mężczyzn, a więc ojców, konkubentów, braci (por. 63,3% mężczyzn VS. 36,7% kobiet), i to pomimo obserwowanej dominacji liczebnej mężczyzn w populacji osób badanych;

(2) co trzecie (39,0%) z ww. gospodarstw domowych jest dwuosobowe, co oznacza, że alkoholu nadużywają wszyscy domownicy.

Tabela nr 18: Domownicy nadużywający alkoholu

	liczba	% ogółu
tak	87	19,2
nie	309	68,2
nie dotyczy ¹	49	10,8
brak danych	8	1,8
	453	100,0

¹ osoby mieszkające samotnie (N=49)

Tabela nr 19: Domownicy nadużywający alkoholu w relacji do osób kierowanych na przymus leczenia (N=87)

	liczba	% ogółu
żona	15	17,2
mąż	14	16,1
konkubent	12	13,8
ojciec	12	13,8
syn	11	12,6
brat	10	11,5
matka	6	6,9
siostra	5	5,7
konkubina	5	5,7
córka	5	5,7
kolega	2	2,3
konkubent siostry	1	1,1

uwaga: odsetki się nie sumują, ponieważ w jednej rodzinie alkoholu może nadużywać więcej niż jeden domownik

Dzieci w rodzinach osób kierowanych na przymus leczenia

Coraz częściej przedmiotem różnego typu badań i analiz jest problematyka DDD (Dorosłych Dzieci z Rodzin Dysfunkcyjnych), czy DDA (Dorosłych Dzieci Alkoholików). Ta ostatnia dotyczy skutków wzrastania i wychowywania w rodzinie z problemem alkoholowym. Wyniki badań wskazują zaś, iż dzieciństwo spędzone w domu, w którym jedno lub oboje rodziców było alkoholikiem może pozostawić trwały ślad w psychice oraz w znacznym stopniu determinować późniejsze funkcjonowanie w dorosłym życiu. Wątek ten jest szczególnie istotny biorąc pod uwagę fakt, że zdecydowanie częściej osoby kierowane na przymus leczenia to osoby posiadające dzieci (74,0%), niż bezdzielne (20,1%).

Tabela nr 20: Osoby kierowane na przymus leczenia posiadające dzieci (doroste i małoletnie)

	liczba	% ogółu
tak	335	74,0
jedno	110	24,3
dwoje	132	29,1
troje	50	11,0
czworo	16	3,5
pięcioro lub więcej	11	2,4
brak danych	16	3,5
nie	91	20,1
brak danych	27	6,0
	453	100,1

Ogółem 137 osób zgłoszonych do GKRPA, posiada dziecko małoletnie, co oznacza, że co trzecia osoba (30,2%) kierowana na przymus leczenia posiada małoletnie dziecko. Średnio co trzeci z nich (37,2%) – więcej niż jedno. Statystycznie mniej dzieci małoletnich niż dzieci pełnoletnich wynika w dużej mierze ze średniej wieku osób kierowanych na przymus leczenia (por. dla ogółu populacji wynosi ona 50 lat).

Powyższy wątek wiąże się z zagadnieniem demoralizacji małoletnich, na który wskazano w odniesieniu do 31,3% osób kierowanych na przymus leczenia. Przy czym fakt demoralizacji nie dotyczy wyłącznie małoletnich zamieszkujących wraz z osobą uzależnioną (28,3% osób kierowanych na przymus leczenia zamieszkuje z małoletnimi), ale też spokrewnionych członków rodziny nie zamieszkujących wspólnie z nią (np. wnuków, siostrzeńców) lub małoletnich niespokrewnionych (np. dzieci sąsiadów).

O silnej korelacji pomiędzy nadużywaniem alkoholu a demoralizacją małoletnich, świadczy fakt, iż w zaledwie siedmiu rodzinach (spośród 128), w których osoba kierowana na przymus leczenia zamieszkiwała z małoletnimi, świadek nie wskazał w wywiadzie na fakt demoralizacji.

Tabela nr 21: Osoby kierowane na przymus leczenia zamieszkujące z małoletnimi

	liczba	% ogółu
tak	128	28,3
jedno	69	15,2
dwoje	40	8,8
troje	12	2,6
czworo / pięcioro	6	1,3
brak danych	1	0,2
nie	316	69,8
brak danych	9	2,0
	453	100,1

Tabela nr 22: Demoralizacja małoletnich

	liczba	% ogółu
tak	142	31,3
nie	306	67,5
brak danych	5	1,1
	453	99,9

W kontekście zaburzeń funkcjonowania społecznego, będącego efektem nadużywania alkoholu, warto również zaznaczyć, iż co trzecia osoba (34,3%) kierowana na przymus leczenia, która posiada małoletnie dziecko, ma odebraną lub ograniczoną władzę rodzicielską. W przypadku siedmiu rodzin udokumentowano fakt zabezpieczenia dzieci w systemie pieczy zastępczej. Wysoki odsetek braków danych (24,8%) nie pozwala w sposób pełny oszacować skali zjawiska w badanej populacji. Oznacza to, że odsetek osób kierowanych na przymus leczenia z odebraną lub ograniczoną władzą rodzicielską może być wyższy, niż udokumentowano.

Tabela nr 22: Osoby kierowane na przymus leczenia z ograniczoną lub odebraną władzą rodzicielską (N=137)¹

	liczba	% ogółu
tak	47	34,3
dzieci w systemie pieczy zastępczej	7	5,1
w toku sprawa o ograniczenie władzy	1	0,7
nie	55	40,1
brak danych	34	24,8
	137	99,9

¹ populację stanowią rodziny, w których osoba kierowana na przymus leczenia posiada małoletnie dziecko / dzieci

Pomimo że co trzecia osoba (30,2%) kierowana na przymus leczenia posiada małoletnie dziecko, w tym średnio co trzecia z nich (37,2%) – więcej niż jedno, ponad połowa osób (55,5%) w ogóle nie łoży na małoletnich i nie ponosi kosztów ich utrzymania. Powyższe znajduje odzwierciedlenie w danych – przedstawionych w dalszej części raportu – dotyczących źródeł utrzymania osób kierowanych na przymus leczenia i ich zależności ekonomicznej od innych osób bądź instytucji. Warto dodać, że 13,4% ogółu osób posiadających dzieci ma zasądzony obowiązek alimentacyjny, jednak zdecydowana większość nie wywiązuje się z niego.

 Tabela nr 23: Osoby kierowane na przymus leczenia, które łożą na małoletnich (N=137)¹

	liczba	% ogółu
tak	41	29,9
nie	76	55,5
brak danych	20	14,6
	137	100,0

¹ populację stanowią rodziny, w których osoba kierowana na przymus leczenia posiada małoletnie dziecko / dzieci

 Tabela nr 24: Osoby kierowane na przymus leczenia posiadające obowiązek alimentacyjny (N=335)¹

	liczba	% ogółu
tak	45	13,4
wywiązuje się regularnie	7	2,1
wywiązuje się nieregularnie	1	0,3
nie wywiązuje się	37	11,0
w toku sprawa o alimenty	9	2,7
nie	242	72,2
brak danych	39	11,6
	335	99,9

¹ populację stanowią rodziny, w których osoba kierowana na przymus leczenia posiada dziecko / dzieci

Obciążenie środowiskowe

Dane zastane dotyczące wspólnego prowadzenia gospodarstwa domowego oraz posiadania dzieci, które przedstawiono powyżej, mają także szczególne znaczenie w aspekcie obciążeń dziedzicznych (genetycznych), czy środowiskowych. Analizy uwarunkowań społecznych stanowią ważny nurt w poszukiwaniach przyczyn uzależnień, zaś wyniki badań wskazują na bardzo istotny

wskaźnik w rozwoju uzależnienia, jakim jest wpływ środowiska rodzinnego. Zgodnie z tą koncepcją, rodzina jest środowiskiem decydującym w znacznej mierze o tym, jak będzie kształtować się osobowość człowieka, stając się naturalnym środowiskiem, które może przyczynić się do powstawania uzależnienia.

Posiadane materiały źródłowe nie pozwalają w sposób pełny na oszacowanie skali obciążeń środowiskowych w badanej populacji (wysoki odsetek braków danych, sięgający 27,6%), niemniej udokumentowano, iż blisko co czwarta osoba (23,2% ogółu) kierowana na przymus leczenia, pochodzi z rodziny, w której występował problem alkoholowy. W zdecydowanej większości dotyczył on ojców (85,7%), czasem też obojga rodziców (8,6%).

Tabela nr 25: Obciążenia środowiskowe wśród osób kierowanych na przymus leczenia – pochodzenie z rodzin, w których występował problem alkoholowy

	liczba	% ogółu
tak, rodzice	105	23,2
matka	15	3,3
ojciec / ojczym	81	17,9
oboje rodziców	9	2,0
tak, ale członkowie rodziny inni niż rodzice	6	1,3
rodzeństwo	4	0,9
dziadkowie	2	0,4
nie	217	47,9
brak danych	125	27,6
	453	100,0

2.7. Źródła utrzymania

Biorąc pod uwagę status na rynku pracy osób kierowanych na przymus leczenia, ponad co druga osoba (55,2%) nie pracuje w ogóle, zaś kolejne 13,0% podejmuje jedynie okresowe i okazjonalne prace dorywcze. Co ważne, zdecydowana większość tych osób (79,6%) to osoby w wieku produkcyjnym. Odsetek osób pracujących, w tym etatowo lub wykonujących regularne prace dorywcze, stanowi 25,6% ogółu. Dodatkowo, 16,8% osób otrzymuje świadczenia emerytalne, a kolejne 9,0% – rentowe.

Tabela nr 26: Status na rynku pracy osób kierowanych na przymus leczenia

	liczba	% ogółu
tak, pracuje regularnie	116	25,6
etat	61	13,5
regularne prace dorywcze	31	6,8
własna działalność	12	2,6
umowy cywilno-prawne	9	2,0
brak dookreślenia formy zatrudnienia	3	0,7
tak, pracuje nieregularnie	59	13,0
okazjonalne prace dorywcze	59	13,0
nie pracuje w ogóle	250	55,2
brak danych	28	6,2
	453	100,0

Tabela nr 27: Osoby kierowane na przymus leczenia na rencie

	liczba	% ogółu
tak	41	9,0
nie	384	84,8
brak danych	28	6,2
	453	100,0

Tabela nr 28: Osoby kierowane na przymus leczenia na emeryturze

	liczba	% ogółu
tak	76	16,8
nie	357	78,8
brak danych	20	4,4
	453	100,0

Pomimo wysokiego odsetka braków danych (37,1%), nie pozwalającego w sposób pełny oszacować skali zjawiska, w przypadku 15,0% ogółu osób kierowanych na przymus leczenia potwierdzono fakt utraty pracy z powodu nadużywania alkoholu, w tym zdecydowana większość (86,8%) to zwolnienia dyscyplinarne. Pozostały odsetek stanowią przypadki inne niż zwolnienia dyscyplinarne, ale także powiązane z utratą pracy na skutek nadużywania alkoholu, takie jak: otrzymanie nagany i degradacja ze stanowiska kierowniczego, porzucenie pracy z powodu ciągu alkoholowego, wypowiedzenie przez pracodawcę umowy o pracę za porozumieniem stron, utrata pracy w zawodzie kierowcy na skutek utraty prawa jazdy.

Tabela nr 29: Utrata pracy z powodu nadużywania alkoholu

	liczba	% ogółu
tak	68	15,0
w tym zwolnienie dyscyplinarne	60	13,2
nie	217	47,9
brak danych	168	37,1
	453	100,0

Brak gotowości lub zdolności do podjęcia zatrudnienia, połączone z brakiem regularnych dochodów, np. z tytułu świadczeń rentowo-emerytalnych, wpływa na zależność ekonomiczną osób kierowanych na przymus leczenia od innych, np. od członków rodziny czy też od wsparcia instytucjonalnego. Według szacunków, ponad co czwarta osoba (26,3%) nie utrzymuje się sama, a kolejne 40,0% – tylko częściowo. Odsetek osób utrzymujących się samodzielnie i całkowicie niezależnych ekonomicznie stanowi 27,4% ogółu.

Najczęstszym źródłem wsparcia ekonomicznego osób kierowanych na przymus leczenia są członkowie rodziny (dotyczy 78,7%), zazwyczaj są nimi rodzice oraz małżonkowie. Analiza dokumentów źródłowych wykazała także przejawy zachowań dysfunkcyjnych związanych z pozyskiwaniem źródeł dochodu, wśród nich takie jak: okradanie członków rodziny i wyprzedawanie wyposażenia mieszkania (9,3%), zaciąganie kredytów, w tym tzw. „chwilówek”, bardzo często niespłacanych i kończących się spiralą zadłużenia (8,0%), czy też żebractwo uliczne (4,3%).

W populacji osób pozostających na całkowitym lub częściowym utrzymaniu innych (N=300), ponad połowę (68,0%; 204 osoby) stanowią osoby nie pracujące w ogóle (ani regularnie, ani dorywczo) lub podejmujące jedynie okresowe i krótkotrwałe prace dorywcze, a przy tym nie otrzymujące świadczeń rentowo-emerytalnych. Prawie wszyscy (96,1%) to osoby w wieku

produkcyjnym. Uwzględniając ogół populacji (N=453), blisko połowę (45,0%) osób kierowanych na przymus leczenia stanowią więc osoby pozostające na całkowitym lub częściowym utrzymaniu innych, a przy tym niepracujące w ogóle lub jedynie okresowo i krótkotrwale, bez świadczeń emerytalno-rentowych.

Co istotne, pomimo wysokiego odsetka osób w trudniejszej sytuacji materialnej, tylko co czwarta osoba (24,7%) kierowana na przymus leczenia to czynny klient MOPS Gdynia, zaś ponad połowa osób (53,4%) pozostaje całkowicie poza instytucjonalnym systemem pomocy społecznej.

Tabela nr 30: Niezależność ekonomiczna osób kierowanych na przymus leczenia

	liczba	% ogółu
tak, całkowita	124	27,4
tak, częściowa	181	40,0
nie, na całkowitym utrzymaniu innych	119	26,3
brak danych	29	6,4
	453	100,1

Tabela nr 31: Źródła utrzymania osób pozostających na całkowitym lub częściowym utrzymaniu innych (N=300)

	liczba	% ogółu
na utrzymaniu domownika	236	78,7
rodzica/rodziców	95	31,7
małżonka	69	23,0
konkubenta/konkubiny	15	5,0
dzieci	12	4,0
rodzeństwa	8	2,7
dziadków	5	1,7
teściów	1	0,3
niesprecyzowanych domowników	37	12,3
świadczenia pomocy społecznej	91	30,3
okresowe i krótkotrwale prace dorywcze	56	18,7
regularne prace dorywcze / etat	45	15,0
renta	31	10,3
kradzieże, w tym okradanie członków rodziny lub/i wyprzedawanie wyposażenia mieszkania	28	9,3
długi, kredyty, w tym „chwilówki”	24	8,0
zbieractwo surowców wtórnych	24	8,0
emerytura	23	7,7
zasiłek pielęgnacyjny, rodzinny, rehabilitacyjny	18	6,0
żebractwo	13	4,3
oszczędności	5	1,7
alimenty na dziecko	5	1,7
wyłudzanie pieniędzy od członków rodziny	4	1,3
znajomi	2	0,7
wynajem pokoju	1	0,3
brak danych	1	0,3

uwaga: odsetki się nie sumują, ponieważ jedna osoba może posiadać kilka źródeł utrzymania

Tabela nr 32: Osoby korzystające ze wsparcia ośrodka pomocy społecznej

	liczba	% ogółu
czynni klienci pomocy społecznej	112	24,7
bierni klienci pomocy społecznej	99	21,9
osoby poza systemem pomocy społecznej	242	53,4
ogółem	453	100,0

2.8. Zachowania przemocowe

Wyniki badania potwierdzają, iż nadużywanie alkoholu jest jednym z czynników ryzyka wystąpienia przemocy. Na współwystępowanie obu problemów społecznych wskazano także w badaniu *desk research*, obejmującym 660 procedur „Niebieskie Karty” wszczętych w Gdyni w okresie od października 2011 roku do końca 2013 roku.²

W odniesieniu do 82,3% ogółu osób kierowanych na przymus leczenia wskazano na nasilenie agresji pod wpływem alkoholu, w tym m.in. awanturowanie się, stosowanie przemocy fizycznej i psychicznej, dewastowanie mienia.

Tabela nr 33: Nasilenie agresji pod wpływem alkoholu

	liczba	% ogółu
tak	373	82,3
nie	71	15,7
brak danych	9	2,0
	453	100,0

W przypadku blisko co trzeciego środowiska (71,7%) dochodziło do interwencji policyjnych w miejscu zamieszkania, w tym blisko 88,0% z nich związanych było z zachowaniami przemocowymi wyłącznie pod wpływem alkoholu. Dane zastane wskazują, iż ponad połowa z nich (61,8%) to interwencje wielokrotne, niemniej wysoki odsetek braków danych dotyczących liczby interwencji w pojedynczych środowiskach nie pozwala w sposób pełny i dokładny na oszacowanie ich częstotliwości. Spośród udokumentowanej liczby interwencji policyjnych w miejscu zamieszkania osób kierowanych na przymus leczenia, maksimum to ponad 80 interwencji w jednej rodzinie na przełomie sześciu lat.

Tabela nr 34: Interwencje policji / straży miejskiej w miejscu zamieszkania

	liczba	% ogółu
tak	325	71,7
nie	102	22,5
brak danych	26	5,7
	453	99,9

W odniesieniu do 68,7% środowisk, świadek potwierdził przemoc w rodzinie. Najczęściej wskazywano na przemoc psychiczną (92,0% ogółu stosowanych form przemocy), często jednak także fizyczną (46,6%) lub obie jednocześnie (45,3%).

² Miller A., (2014), *Procedury „Niebieskie Karty” w Gdyni jako źródło udokumentowanej wiedzy o problemie przemocy w rodzinie.*

Tabela nr 35: Przemoc w rodzinach osób kierowanych na przymus leczenia

	liczba	% ogółu
tak	311	68,7
fizyczna	145	32,0
psychiczna	286	63,1
obie	141	31,1
nie	86	19,0
brak danych	56	12,4
	453	100,1

Istotę problemu potwierdza również odsetek środowisk, w których formalnie została wszczęta procedura „Niebieskie Karty”. Ta dotyczy bowiem co trzeciej rodziny (34,7%), w tym w odniesieniu do części z nich procedura zakładana była więcej niż jednokrotnie (17,2% ogółu rodzin objętych procedurą NK). Częściej to wszczęcie procedury „Niebieskie Karty” poprzedza złożenie wniosku do GKRPA, niż na odwrót (por. procedura NK wszczęta przez złożeniem wniosku do Komisji - 83,4% VS. złożenie wniosku do GKRPA przed wszczęciem procedury NK – 16,6%).

Warto zaznaczyć, iż osoba kierowana na przymus leczenia, w procedurze „Niebieskie Karty” nie zawsze wskazywana jest tylko jako osoba stosująca przemoc (78,3%), ale też jako osoba doświadczająca przemocy (18,5%) lub – w przypadku części rodzin, w których wszczęto powtórzną procedurę – i jako sprawca, i jako ofiara, w zależności od procedury (3,2%). Powyższy wskaźnik koreluje z wysokim odsetkiem środowisk, w których problem alkoholowy dotyczy nie tylko osób kierowanych na przymus leczenia, ale czasem też innych członków rodziny (por. 19,2% ogółu rodzin), wskazując tym samym, iż nadużywanie alkoholu jest jednym z czynników ryzyka wystąpienia przemocy.

Tabela nr 36: Procedura „Niebieskie Karty” w rodzinie osoby kierowanej na przymus leczenia

	liczba	% ogółu
tak	157	34,7
w przeszłości	8	1,8
nie	281	62,0
brak danych ¹	7	1,5
	453	100,0

¹ są to wnioski, w których wskazano na wszczętą w rodzinie w latach 2011-2015 procedurę NK, co jednak nie znalazło potwierdzenia w rejestrze prowadzonych w tym czasie procedur

Tabela nr 37: Osoba kierowana na przymus leczenia w procedurze „Niebieskie Karty” (N=157)

	liczba	% ogółu
osoba stosująca przemoc (OSP)	123	78,3
jednokrotnie	101	64,3
dwukrotnie	20	12,7
trzykrotnie	2	1,3
osoba doświadczająca przemocy (ODP)	29	18,5
jednokrotnie	25	15,9
dwukrotnie	4	2,5
jednocześnie ODP i OSP	5	3,2
jednokrotnie OSP i jednokrotnie ODP	4	2,5
jednokrotnie ODP i dwukrotnie OSP	1	0,6
	157	100,0

Udokumentowano również, iż blisko co czwarta osoba (23,6%) kierowana na przymus leczenia, popełniła wykroczenie lub przestępstwo. Czasami były to drobne wykroczenia, związane z łamaniem ustawy o wychowaniu w trzeźwości (15,9% ogółu osób, które popełniły przestępstwo lub wykroczenie), w tym przede wszystkim poprzez spożywanie alkoholu w miejscach publicznych, czasami utrata prawa jazdy za kierowanie autem pod wpływem alkoholu (27,1%), ale też sprawy karne, zakończone wyrokiem sądowym, związane np. ze znęcaniem fizycznym lub psychicznym nad rodziną (23,4%), rozbojami i pobiciami (15,0%), kradzieżami i włamaniami (10,3%), czy zadłużeniami, w tym alimentacyjnymi (10,3%). Wysoki odsetek braków danych (23,2%) nie pozwala jednak w sposób pełny na oszacowanie skali zjawiska konfliktów z prawem wśród populacji osób badanych.

Tabela nr 38: Karalność osób kierowanych na przymus leczenia

	liczba	% ogółu
tak	107	23,6
nie	241	53,2
brak danych	105	23,2
	453	100,0

2.9. Podejmowane leczenie uzależnienia

Przymusowe leczenie przed złożeniem wniosku do GKRPA

Udokumentowano, iż 13,0% ogółu osób skierowanych do GKRPA, miało już wcześniej orzeczony przymus leczenia, w tym 7 spośród 59 osób – więcej niż jednokrotnie. Wobec kolejnych sześciu osób składano do sądu wnioski o zastosowanie przymusu leczenia, jednak postępowanie sądowe zakończyło się umorzeniem sprawy.

Materiały źródłowe wskazują, iż spośród ogółu osób, wobec których orzeczono przymus leczenia przed złożeniem wniosku do GKRPA (N=59): 52,5% ukończyło leczenie (stacjonarne lub niestacjonarne); 22,0% nie podjęło leczenia, zaś 15,3% przerwało leczenie (pozostały odsetek – 10,2% – to brak danych dotyczących przebiegu leczenia).

Tabela nr 39: Przymusowe leczenie osób kierowanych do GKRPA przed złożeniem wniosku do Komisji

	liczba	% ogółu
tak, składano wniosek do sądu i wydano postanowienie o leczeniu	59	13,0
stacjonarne	20	4,4
niestacjonarne	16	3,5
obie formy terapii ¹	5	1,1
brak danych dotyczących formy terapii	18	4,0
nie, składano wniosek do sądu, ale postępowanie umorzono	6	1,3
nie	348	76,8
brak danych	40	8,8
	453	99,9

¹ sytuacje, gdy przymus leczenia orzekany był kilkukrotnie (raz w formie niestacjonarnej, raz stacjonarnej) lub gdy sąd zmienił postanowienie o leczeniu (z formy niestacjonarnej na stacjonarną)

Dobrowolne leczenie przed złożeniem wniosku do GKRPA

Materiały źródłowe wskazują, iż więcej niż co czwarta osoba (27,2%) podejmowała samodzielnie próby leczenia uzależnienia. Częściej było to leczenie w trybie ambulatoryjnym (45,5% ogółu osób podejmujących samodzielne leczenie uzależnienia), niż stacjonarnym (31,7%) czy też metodami awersyjnymi (22,8%; głównie Esperal lub Anticol). Zdarzało się, że osoba zgłaszana do Komisji podejmowała kilka prób leczenia uzależnienia – zarówno w formie stacjonarnej, jak i niestacjonarnej.

Placówką lecznictwa ambulatoryjnego – najczęściej wybieraną przez osoby podejmujące samodzielne leczenie – była Przychodnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia przy Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień (udokumentowana w odniesieniu do 64,3% osób leczących się w trybie niestacjonarnym).

W odniesieniu do placówek lecznictwa stacjonarnego, najwięcej osób podejmowało leczenie w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku „Srebrzysko” (udokumentowana w odniesieniu do 51,3% osób leczących się w trybie stacjonarnym). Inne, wskazane w materiałach źródłowych placówki, zlokalizowane były w: Żukówku, Stanominie, Wandzinie, Smażynie, Starogardzie Gdańskim, Malborku, Iławie, Lubuczewie, Warszawie, Lublinie.

Fakt, że ponownie złożono wniosek do GKRPA o zastosowanie przymusu leczenia wskazuje na powrót do nałogu, pomimo podjętej samodzielnie terapii, nawet jeśli ukończonej i skutkującej utrzymywaniem abstynencji przez pewien okres czasu.

Odsetek osób podejmujących samodzielne leczenie uzależnienia (27,2%) jest porównywalny z odsetkiem osób detoksykowanych lub hospitalizowanych z powodu nadużywania alkoholu (26,7%). Ogółem 121 spośród 453 osób kierowanych na przymus leczenia było hospitalizowanych lub detoksykowanych, w tym 77 osób nie podejmowało po zakończeniu detoksykacji czy hospitalizacji samodzielnego leczenia uzależnienia w trybie stacjonarnym lub niestacjonarnym. Dodatkowo, udokumentowano 28 prób suicydalnych (6,2%) oraz w odniesieniu do 42 osób – abstynencyjne napady drgawkowe (9,3%). Wspomniane hospitalizacje są więc bezpośrednią konsekwencją nadużywania alkoholu nie tylko w kontekście chorób przewlekłych (takich jak zapalenie trzustki, marskość wątroby, abstynencyjne napady drgawkowe), ale też nabytych pod wpływem alkoholu obrażeń ciała (wypadki, pobicia, próby suicydalne).

Mniej niż co druga osoba (41,9%) nie podejmowała samodzielnych prób leczenia uzależnienia, dokumenty źródłowe nie wskazały także na fakt hospitalizacji czy detoksykacji.

Tabela nr 40: Dobrowolne leczenie osób kierowanych do GKRPA przed złożeniem wniosku do Komisji

	liczba	% ogółu
tak	123	27,2
niestacjonarnie	56	12,4
stacjonarnie	39	8,6
inne formy (PZP, mitingi)	28	6,2
metody awersyjne	28	6,2
wyłącznie hospitalizacje / detoksykacje	77	17,0
nie	190	41,9
brak danych	63	13,9
	453	100,0

Leczenie podejmowane w trakcie procedowania

Blisko co dziesiąta osoba (9,9%) w trakcie trwania postępowania o zastosowanie przymusu leczenia (tj. od złożenia do zamknięcia wniosku), dzięki zmotywowaniu przez GKRPA lub członka rodziny, podejmuje dobrowolnie leczenie uzależnienia.

W równym stopniu jest to leczenie w formie stacjonarnej (51,1% ogółu osób podejmujących leczenie w trakcie procedowania; głównie w OPiTU), jak i niestacjonarnej (53,3% ogółu osób podejmujących leczenie w trakcie procedowania; najbardziej powszechne są WSP „Srebrzysko” oraz Eko Szkoła Życia w Wandzinie).

Tabela nr 41: Leczenie osób kierowanych do GKRPA podejmowane w trakcie procedowania

	liczba	% ogółu
tak	45	9,9
niestacjonarnie	24	5,3
stacjonarnie	23	5,1
metody awersyjne	3	0,7
nie	397	87,6
brak danych	11	2,4
	453	99,9

uwaga: powyższe dane dotyczą również wniosków nie zakończonych wg stanu na połowę 2015 roku, stąd należy je traktować jako aktualne na moment sporządzenia raportu

Wnioski

1. Wnioski do GKRPA składają częściej członkowie rodziny (60,9% ogółu), niż instytucje (47,7% ogółu). Najpowszechniejszy tryb wszczęcia procedury to złożenie wniosku tylko przez członka rodziny (50,3%), którym najczęściej jest współmałżonek (23,4%; częściej żona, niż mąż), rodzic (19,0%; częściej matka, niż ojciec) oraz dziecko (13,7%; częściej córka, niż syn).
2. Średnio co trzeci wniosek (77,9%), jaki wpłynie do GKRPA zostanie skierowany do sądu, co drugi (52,9%) zakończy się postanowieniem sądowym o leczeniu. Częściej orzekane jest leczenie w trybie niestacjonarnym (85,6% spośród ogółu wniosków zakończonych postanowieniem o leczeniu), niż stacjonarnym (14,4%). Stosunkowo rzadko na czas trwania obowiązku leczenia sąd ustanawia nadzór kuratorski (6,5%).
3. W przypadku ponad co trzeciej osoby (77,5%) kierowanej na przymus leczenia, biegli wydają opinie psychiatryczno-psychologiczne w przedmiocie uzależnienia od alkoholu. Dominują opinie wykonywane przez biegłych przed Komisją (65,7%). Według szacunków ok. 6,0% ogółu osób kierowanych na przymus leczenia – pomimo wezwania GKRPA – nie zostanie przebadanych przez biegłych z powodu nagminnego unikania stawiennictwa na badanie zarówno przed Komisją, jak i sądem.
4. W odniesieniu do średnio co trzeciego (76,5%) złożonego do GKRPA wniosku, przeprowadzany jest wywiad ze świadkiem, którym najczęściej jest członek najbliższej rodziny. Zazwyczaj jest to współmałżonek (38,8%; częściej żona, niż mąż), rodzic (27,0%; częściej matka, niż ojciec) oraz dziecko (13,8%; częściej córka, niż syn).

5. Średnia długość trwania postępowania – od złożenia do zamknięcia wniosku o zastosowanie przymusu leczenia – wynosi dla ogółu wniosków 6,5 miesiąca. Średnia długość trwania procedur zakończonych uprawomocnieniem orzeczenia o przymusie leczenia wynosi zaś 7,5 miesiąca.
6. Zdecydowana większość osób zgłaszanych do GKRPA znajduje się w zaawansowanym stadium alkoholizmu. W blisko co trzecim (72,6%) złożonym do GKRPA wniosku wskazano na okres nasilenia problemu alkoholowego dłuższy niż pięć lat. Zaledwie 6,1% ogółu wniosków dotyczyło osób, które nadużywają alkoholu krócej niż dwa lata, lub takich, w przypadku których świadek nie potwierdził istnienia problemu uzależnienia.
7. Na cztery wnioski złożone do GKRPA, średnio trzy dotyczą mężczyzn (74,6%), jeden – kobiety (25,4%).
8. Więcej niż co drugi wniosek (56,1%) dotyczy osoby w wieku 50 lat i więcej, zaś średnia wieku dla wszystkich osób kierowanych na przymus leczenia wynosi 50 lat. Odsetek osób w wieku poniżej 30 roku życia wynosi zaledwie 6,1% ogółu.
9. Wśród osób kierowanych na przymus leczenia dominują osoby słabiej wykształcone – więcej niż co druga osoba (54,1%) posiada wykształcenie zasadnicze zawodowe lub niższe. Odsetek osób z wykształceniem pomaturalnym lub wyższym stanowi mniej niż 5,0%. Uogólnienie wyników na całość populacji osób badanych jest jednak ograniczone z uwagi na wysoki odsetek braków danych (19,0%).
10. Nie obserwuje się w Gdyni dominacji żadnej z dzielnic nad pozostałymi, jeśli chodzi o natężenie występowania zjawiska uzależnienia od alkoholu, przynajmniej w kontekście oficjalnych statystyk, wyrażonych liczbą wniosków złożonych do GKRPA. Oznacza to, że uzależnienie od alkoholu, w aspekcie ilościowym, dotyczy wszystkich gdyńskich dzielnic w równym stopniu.
11. Większość osób (40,2%) kierowanych na przymus leczenia to osoby w związkach małżeńskich. Udokumentowano jednak, iż blisko co czwarty związek (23,3%) formalnie uległ rozpadowi (rozwód, separacja), w tym w odniesieniu do większości z nich wniosek o rozwód lub separację złożył współmałżonek z powodu alkoholizmu osoby kierowanej na przymus leczenia.
12. Zdecydowanie częściej osoby kierowane na przymus leczenia to osoby zamieszkujące we wspólnych gospodarstwach domowych (87,2%), niż samotnie (10,8%) oraz osoby posiadające dzieci (74,0%), niż bezdziejne (20,1%). Co trzecia osoba (30,2%) posiada dziecko małe. Powyższe dane mają szczególne znaczenie w kontekście takich zagadnień jak współuzależnienie, syndrom DDD / DDA, czy też obciążenia środowiskowe.
13. W blisko co piątym środowisku (19,2%) problem alkoholowy dotyczy nie tylko osoby, wobec której złożono wniosek o przymus leczenia, ale też innego członka rodziny. Zazwyczaj jest to: współmałżonek (33,3%; częściej żona, niż mąż), rodzic (20,7%, częściej ojciec, niż matka), partner (19,5%, częściej konkubent, niż konkubina) oraz rodzeństwo (17,2%; częściej brat, niż siostra).

14. W odniesieniu do 31,3% osób kierowanych na przymus leczenia wskazano na wątek demoralizacji małoletnich. Przy czym fakt demoralizacji nie dotyczy wyłącznie małoletnich zamieszkujących wraz z osobą uzależnioną, ale też spokrewnionych członków rodziny nie zamieszkujących wspólnie z nią (np. wnuków, siostrzeńców) lub małoletnich niespokrewnionych (np. dzieci sąsiadów).
15. Co trzecia osoba (34,3%) kierowana na przymus leczenia, która posiada małoletnie dziecko, ma odebraną lub ograniczoną władzę rodzicielską. Z uwagi na brak danych (24,8%), odsetek osób kierowanych na przymus leczenia z odebraną lub ograniczoną władzą rodzicielską może być wyższy, niż udokumentowano. Ponad połowa osób (55,5%) kierowanych na przymus leczenia i posiadających małoletnie dziecko w ogóle nie łoży na małoletnich i nie partycypuje w kosztach ich utrzymania.
16. Posiadane materiały źródłowe nie pozwalają w sposób pełny na oszacowanie skali obciążeń środowiskowych w badanej populacji (brak danych – 27,6%), niemniej udokumentowano, iż blisko co czwarta osoba (23,2%) kierowana na przymus leczenia pochodzi z rodziny, w której występował problem alkoholowy. W zdecydowanej większości dotyczył on ojców (85,7%), czasem też obojga rodziców (8,6%).
17. Ponad co druga osoba (55,2%) nie pracuje w ogóle, zaś kolejne 13,0% podejmuje jedynie okresowe i okazjonalne prace dorywcze. Co ważne, zdecydowana większość tych osób (79,6%) jest w wieku produkcyjnym.
18. Blisko połowę (45,0%) osób kierowanych na przymus leczenia stanowią osoby pozostające na całkowitym lub częściowym utrzymaniu innych, a przy tym niepracujące w ogóle lub jedynie okresowo i krótkotrwale, bez świadczeń emerytalno-rentowych. Najczęstszym źródłem wsparcia ekonomicznego osób kierowanych na przymus leczenia są członkowie rodziny (78,7%), zazwyczaj rodzice oraz małżonkowie.
19. Pomimo wysokiego odsetka osób w trudniejszej sytuacji materialnej, tylko co czwarta osoba (24,7%) kierowana na przymus leczenia to czynny klient MOPS Gdynia, zaś ponad połowa osób (53,4%) pozostaje całkowicie poza instytucjonalnym systemem pomocy społecznej.
20. W przypadku 15,0% ogółu osób kierowanych na przymus leczenia potwierdzono fakt utraty pracy z powodu nadużywania alkoholu, w tym zdecydowana większość to zwolnienia dyscyplinarne.
21. Wyniki badania potwierdziły, że nadużywanie alkoholu jest jednym z czynników ryzyka wystąpienia przemocy. W odniesieniu do 82,3% ogółu osób kierowanych na przymus leczenia wskazano na nasilenie agresji pod wpływem alkoholu, a w przypadku 71,7% ogółu środowisk dochodziło do interwencji policyjnych w miejscu zamieszkania. Istotę problemu potwierdza również odsetek środowisk, w których formalnie została wszczęta procedura „Niebieskie Karty” – dotyczy bowiem co trzeciej rodziny (34,7%). Warto zaznaczyć, iż osoba kierowana na przymus leczenia, w procedurze „Niebieskie Karty”, nie zawsze wskazywana jest tylko jako osoba stosująca przemoc (78,3%), ale też jako osoba doświadczająca przemocy (18,5%)

lub – w przypadku części rodzin, w których wszczęto powtórny procedurę – i jako sprawca, i jako ofiara, w zależności od procedury (3,2%).

22. Udokumentowano, iż blisko co czwarta osoba (23,6%) kierowana na przymus leczenia popełniła wykroczenie (głównie związane z łamaniem ustawy o wychowaniu w trzeźwości, w tym przede wszystkim spożywanie alkoholu w miejscach publicznych) lub przestępstwo (m.in. znęcanie fizyczne lub psychiczne nad rodziną, rozboje i pobicia). Dominantę (27,1% ogółu osób, które popełniły przestępstwo lub wykroczenie) stanowią osoby, które utraciły prawo jazdy za kierowanie autem pod wpływem alkoholu.
23. Materiały źródłowe wskazują, iż 13,0% ogółu osób skierowanych do GKRPA, miało już wcześniej orzeczony przymus leczenia, w tym kilka osób – więcej niż jednokrotnie.
24. Więcej niż co czwarta osoba (27,2%) podejmowała samodzielnie próby leczenia uzależnienia, częściej w trybie niestacjonarnym (45,5%), niż stacjonarnym (31,7%). Analogiczny odsetek (26,7%) stanowią osoby detoksykowane lub hospitalizowane z powodu nadużywania alkoholu (choroby przewlekłe, nabyte pod wpływem alkoholu obrażenia ciała, próby suicydalne). Mniej niż co druga osoba (41,9%) nie podejmowała samodzielnych prób leczenia uzależnienia, dokumenty źródłowe nie wskazały także na fakt hospitalizacji czy detoksykacji.
25. Co dziesiąta osoba (9,9%) w trakcie trwania procedury – samodzielnie lub dzięki zmotywowaniu przez GKRPA lub członka rodziny – podejmuje leczenia uzależnienia (zarówno w trybie stacjonarnym, jak i niestacjonarnym).