

Jacek Moskalewicz, Dorota Wiszejko
Zakład Badań nad Alkoholizmem i Toksykomaniami
Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

ZMNIEJSZENIE I ZMIANA STRUKTURY SPOŻYCIA ALKOHOLU ORAZ ZMNIEJSZENIE SZKÓD ZDROWOTNYCH SPOWODOWANYCH ALKOHOLEM

WPROWADZENIE

Konsumpcja alkoholu a także wzory picia mają istotny wpływ na stan zdrowia publicznego. Wpływ ten jest szczególnie dobrze widoczny w latach nagłych zmian w spożyciu. Krucjata antyalkoholowa Gorbaczowa przyniosła wyraźne zmniejszenie umieralności, nie tylko w kategorii „alkoholowych” przyczyn zgonów, ale także umieralności ogólnej w latach 1985-1987. Dwudziestopięcioprocentowy spadek konsumpcji w Polsce w latach 1981-1982 pociągnął za sobą blisko czterdziestoprocentowy spadek psychoz alkoholowych i istotne zmniejszenie liczby zgonów z powodu marskości wątroby, szczególnie wśród mężczyzn. Gwałtowny wzrost spożycia alkoholu w krajach Europy Wschodniej w pierwszych latach transformacji miał dominujący wkład w dramatyczny kryzys umieralności, zwłaszcza w Rosji i krajach bałtyckich. Również w Polsce alkohol „wyjaśnia” około trzydzieści procent wzrostu liczby zgonów mężczyzn w latach 1990-1991 (9). Ze względu na powszechnie obserwowaną zależność między średnim poziomem spożycia a rozpowszechnieniem negatywnych konsekwencji picia (1, 3, 4, 23) ograniczanie konsumpcji per capita uznawana jest za najtańszą strategię ograniczania szkód zdrowotnych związanych z alkoholem. Włączona ona została również do Strategii WHO „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000” (cel 17).

Niniejszy artykuł został opracowany na podstawie raportu z realizacji celu operacyjnego nr 4 Narodowego Programu Zdrowia na zlecenie Biura Koordynatora d/s Monitoringu Narodowego Programu Zdrowia. W raporcie dokonano tylko niewielkich zmian redakcyjnych.

Niezależnie od wielkości konsumpcji w różnych krajach, istnieje spore zróżnicowanie szkód zdrowotnych, które można wiązać z charakterystycznym dla danej kultury wzorem picia. W krajach śródziemnomorskich, gdzie codzienna konsumpcja wina dominuje w spożyciu alkoholu, notuje się wysokie wskaźniki umieralności z powodu chronicznych komplikacji zdrowotnych (np. marskość wątroby). W krajach Europy Wschodniej, pijących głównie wódkę, wśród „alkoholowych” problemów zdrowotnych dominują stany ostre. Ograniczenie udziału napojów spirytusowych w strukturze spożycia alkoholu ma zatem na celu zmniejszenie zasięgu problemów związanych z zaburzeniami zachowania. Obejmują one zarówno problemy zdrowotne (wypadki, urazy, psychozy) jak i społeczne (przemoc, przestępczość, problemy w rodzinie).

Opis stanu prac prowadzonych w ramach monitoringu

W ramach monitoringu przeprowadzono następujące prace:

1. Zebrano dane w zakresie następujących wskaźników:
 - a) rejestrowane spożycie alkoholu na jednego mieszkańca 1990-1997
 - b) struktura rejestrowanego spożycia w latach 1990-1997
 - c) współczynniki zachorowalności i chorobowości szpitalnej z powodu psychoz alkoholowych 1990-1997
 - d) współczynniki zachorowalności i chorobowości ambulatoryjnej z powodu psychoz alkoholowych 1990-1996
 - e) współczynniki zachorowalności i chorobowości szpitalnej z powodu uzależnienia od alkoholu 1990-1997
 - f) współczynniki zachorowalności i chorobowości ambulatoryjnej z powodu uzależnienia od alkoholu 1990-1996
 - g) współczynnik zgonów z powodu marskości wątroby 1990-1996
 - h) współczynnik zgonów z powodu zatruc alkoholem 1990-1996
 - i) współczynnik zgonów z powodu wypadków drogowych związanych z alkoholem 1990-1997
 - j) współczynnik wypadków drogowych związanych z alkoholem na 1000 pojazdów 1990-1997
 - k) liczba zatrzymanych do wytrzeźwienia w izbach wytrzeźwień i aresztach.

2. Przeprowadzono analizę zebranych danych w odniesieniu do oczekiwanych efektów i korzyści zdrowotnych przewidywanych do osiągnięcia w NPZ.

3. Przeprowadzono monitoring związanych z alkoholem interwencji w pogotowiu ratunkowym (przyjęcia ambulatoryjne, wyjazdy) oraz w dwóch szpitalach warszawskich. Monitoringiem objęto wylosowanych 21 dni ostatniego kwartału 1998.

Oczekiwane efekty do 2005 roku

1. Zmniejszenie średniego spożycia o 10%

Spożycie alkoholu na ziemiach polskich rejestrowane jest w statystykach od ponad 100 lat. Przez większość tego stulecia statystyki sprzedaży dość wiernie odbijały

trendy w konsumpcji rzeczywistej alkoholu. Erupcje bimbrownictwa lub nielegalnej sprzedaży notowano tylko w okresach wojen i kryzysów. Od lat 50. do końca lat 70. głównym i praktycznie jedynym dostawcą alkoholu na rynek polski było państwo monopolizujące produkcję i import napojów alkoholowych. Dopiero w pierwszej połowie lat osiemdziesiątych, a zwłaszcza w latach 1983-1984 obserwowano wzrost nielegalnego gorzelnictwa. Udział bimbrowa w konsumpcji napojów spirytusowych szacowano wówczas na około 30 procent. W latach 1985-1988 można było mówić o stabilizacji konsumpcji na poziomie około 7 litrów stuprocentowego alkoholu na jednego mieszkańca.

Zaraz na początku transformacji, w połowie roku 1989 odnotowano w Polsce gwałtowny napływ alkoholu zza granicy. Wykorzystując liberalizację przepisów importowych, sprowadzono wówczas kilkadziesiąt milionów litrów alkoholu, który w większości trafił do sieci sprzedaży poza systemem rejestracji. Wkrótce potem sprywatyzowano hurtowy obrót napojami alkoholowymi. Pod naciskiem lobby alkoholowego doszło do zniesienia większości ograniczeń w dostępności napojów alkoholowych. Obrót alkoholem „wymknął się” spod kontroli państwa.

TABELA 1
Rejestrowane spożycie alkoholu na 1 mieszkańca (1990-1997).

Rok	100% alkoholu per capita
1990	6,24 *
1991	6,63*
1992	6,38*
1993	6,35*
1994	6,48*
1995	6,27
1996	6,28
1997	6,41

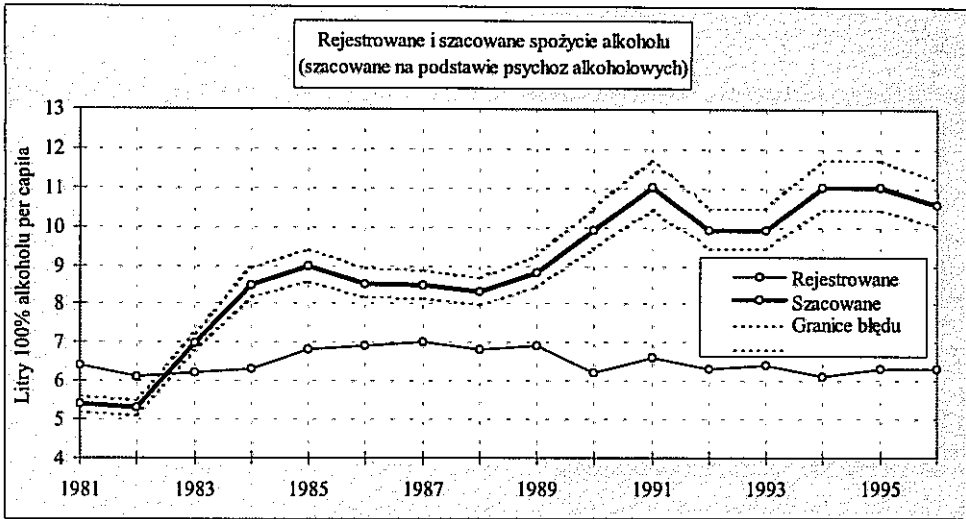
* Wyliczone na podstawie: wino-12,5%; piwo-5%; wódka-40%, wg danych z: 2, 5, 16

Źródło: 2

Rejestrowane spożycie alkoholu w latach 1990-1997 wskazuje na stabilizację konsumpcji na poziomie 6,0-6,4 litra 100% alkoholu na jednego mieszkańca (Tabela 1). Jak wynika z pośrednich metod estymacji, rzeczywiste spożycie w tym okresie wynosiło 10-11 litrów (rycina 1). Źródłem nierejestrowanej konsumpcji był przypuszczalnie nielegalny import i sprzedaż produkcji krajowej poza systemem rejestracji oraz, w mniejszym stopniu, nielegalne gorzelnictwo. Rok 1996 przyniósł niewielki, pięcioprocentowy spadek konsumpcji estymowanej. Trudno powiedzieć, czy była to losowa fluktuacja czy początek trendu spadkowego.

2. Zmniejszenie udziału alkoholi wysokoprocentowych w ogólnej strukturze spożycia o 20% w stosunku do okresu 1994/95

Dane na temat spożycia rejestrowanego wskazują na istotne ograniczenie udziału napojów wysokoprocentowych w strukturze konsumpcji z ponad 60% w 1990 do



Ryc. 1.

Źródło: 6

TABELA 2
Struktura sprzedaży napojów alkoholowych.

Rok	Wyroby spirytusowe	Wino i miody pitne	Piwo
1990	60,89%	14,74%	24,36%
1991	55,80%	16,13%	28,05%
1992	54,86%	14,89%	30,25%
1993	59,56%	14,57%	25,86%
1994	58,64%	13,27%	28,08%
1995	55,84%	13,06%	31,10%
1996	46,27%	19,65%	34,08%
1997	43,79%	17,71%	38,50%

Źródło: 21

44% w 1997 (w latach 1994-1997 o 15 punktów procentowych) (Tabela 2). Oznaczałoby to znaczne zaawansowanie w stosunku do efektu oczekiwanego w roku 2005 (oczywiście jeśli struktura spożycia rejestrowanego odzwierciedla strukturę rzeczywistą konsumpcji).

Zmiany w strukturze spożycia rejestrowanego następowały głównie poprzez wzrost konsumpcji piwa. Jeszcze w roku 1990, podobnie jak w poprzednim dziesięcioleciu wypijano w Polsce około 30 litrów piwa na jednego mieszkańca, podczas gdy już dwa lata później – ponad 38 litrów. W 1993 odnotowano pięciolitrowy spadek konsumpcji. Od 1994 roku obserwuje się stały wzrost spożycia piwa, które w roku 1997 zbliżyło się do poziomu 50 litrów. Ciągłe jeszcze spożycie piwa w Polsce jest ponad dwukrotnie mniejsze niż w Czechach, Słowacji i w Niemczech. Nic dziwnego, że przemysł browarniczy traktuje Polskę jako „wschodzący” rynek, w który warto inwestować.

Warto podkreślić, że wzrost udziału piwa w strukturze spożycia wynika nie tylko z wzrostu konsumpcji, ale także z podniesienia jego mocy. Obecnie znaczny udział w sprzedaży mają piwa o zawartości blisko 6 procent alkoholu, w butelkach półlitrowych. Sprzyja to utrwaleniu tradycyjnej roli alkoholu w Polsce, który pije się, aby osiągnąć stan intoksykacji („pije, żeby się zalać”).

W latach 1990-1997 rejestrowana konsumpcja napojów spirytusowych (głównie wódek) spadła z 9,5 do 7,0 litrów per capita. Ograniczając się do tych statystyk, można by mówić o substytucyjnym charakterze zmian w spożyciu, inaczej mówiąc o wypieraniu wódek przez piwo. Pośrednie dane, a zwłaszcza wysoki poziom zapadalności na psychozy alkoholowe sugerują, że spadek konsumpcji rejestrowanej wódek kompensowany był, przynajmniej do roku 1996, przez spożycie nierejestrowane.

Jak wynika ze statystyk sprzedaży, stosunkowo najmniej zmian zaszło w konsumpcji wina, która w latach 90. wahała się od 7 do 10 litrów per capita i nie wzrosła w porównaniu z poprzednimi latami. Te zagregowane dane mogą maskować istotne zmiany jakościowe. Wydaje się, że jesteśmy świadkami dalszej polaryzacji wzoru picia wina: wysokiego spożycie tanich win owocowych wśród biedoty oraz wzrostu popularności win gronowych wśród przedstawicieli klas średnich.

TABELA 3
Spożycie piwa, wina, wódek (1990-1997).

Rok	Piwo	Spożycie w litrach 100% alkoholu (piwo 5%)	Wino	Spożycie w litrach 100% alkoholu (wino 12,5%)	Wódki czyste i gatunkowe	Spożycie w litrach 100% alkoholu (wódka 40%)
1990	30,4	1,52	7,4	0,92	9,5	3,8
1991	37,2	1,86	8,6	1,07	9,2	3,7
1992	38,6	1,93	7,6	0,95	8,7	3,5
1993	33,0	1,65	7,5	0,93	9,5	3,8
1994	36,4	1,82	6,9	0,86	9,5	3,8
1995	39,0	1,95	6,8	0,85	8,7	3,5
1996	42,8	2,14	10,2	1,27	7,2	2,9
1997	49,3	2,49	9,4	1,17	7,0	2,8

Źródło: 2, 5, 16

3. Zmniejszenie śmiertelności i uszkodzeń zdrowia u osób uzależnionych od alkoholu

W planie monitoringu nie przewidziano wskaźników dla śmiertelności wśród uzależnionych. Ich uzyskanie wymagałoby kosztownych badań katamnesticznych. Odpowiedni projekt może być przygotowany i zrealizowany w ramach monitoringu w latach 1999-2000.

Liczba leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu, po lekkim spadku na początku lat 90. spowodowanym zapewne kryzysem gospodarczym i ograniczeniem wydatków na służbę zdrowia, wykazuje tendencję wzrostową (Tabele 4 i 5). Jest ona szczególnie widoczna w przypadku leczonych po raz pierwszy. W latach 1992-96 liczba pacjentów

pierwszorazowych w leczeniu ambulatoryjnym wzrosła z 74 do 89 na 100 000 mieszkańców, podczas gdy w leczeniu stacjonarnym z 30,8 do 46,2 na 100 000 mieszkańców. Dane za rok 1997 nie są w pełni porównywalne w związku z wprowadzeniem ICD X. Wskazują jednak na dalszy wzrost liczby pacjentów.

TABELA 4
Leczeni z powodu zespołu zależności alkoholowej (1990-1996).
Psychiatryczna opieka ambulatoryjna.

Rok	Leczeni po raz pierwszy	Leczeni po raz pierwszy współczynnik na 100 tys. ludności	Leczeni ogółem	Leczeni ogółem współczynnik na 100 tys. ludności
1990	32 444	85,1	93561	245,4
1991	32 974	86,2	96 047	251,1
1992	28 412	74,0	83 216	216,9
1993	31 852	82,8	87 119	226,5
1994	34 148	88,6	91 968	238,6
1995	36 829	95,4	98 775	256,0
1996	34 378	89,0	96 492	249,9
1997*	dostępne dane nie są porównywalne			

* Dane pochodzące z leczenia ambulatoryjnego w rozbiciu na psychozy i uzależnienia za 1997 nie są porównywalne z wcześniejszymi latami (28).

Źródło: 16, 22, 25, 27

TABELA 5
Leczeni z powodu zespołu zależności alkoholowej (1990-1997).
Psychiatryczna opieka całodobowa.

Rok	Leczeni po raz pierwszy	Leczeni po raz pierwszy współczynnik na 100 tysięcy ludności	Leczeni ogółem	Leczeni ogółem współczynnik na 100 tys. ludności
1990	12 043	31,6	24 970	65,5
1991	13 016	34,0	26 314	68,8
1992	11 829	30,8	24 293	63,3
1993	13 217	34,4	26 000	67,6
1994	15 310	39,7	29 484	76,5
1995	16 894	43,8	32 133	83,3
1996	17 846	46,2	32 588	84,4
1997*	18 943	48,9	35 809	92,5

* Dane pochodzące z leczenia całodobowego (szpitalnego) są obciążone zmianami wynikającymi z wprowadzenia ICD X (28).

Źródło: 16, 22, 25, 27

Trudno powiedzieć, czy rejestrowane przez statystyki psychiatrycznej służby zdrowia trendy odzwierciedlają zmiany uszkodzeń zdrowia wśród uzależnionych czy też zmiany w systemie opieki, jej większą dostępność, skrócenie czasu hospitalizacji, wzmocnienie opieki ambulatoryjnej kosztem stacjonarnej. Biorąc jednak pod uwagę, że trend wzrostowy obejmuje również pacjentów pierwszorazowych, można mó-

wić raczej o rosnącej liczbie uzależnionych, a zatem o rosnącej liczbie uszkodzeń zdrowia z tego powodu.

Statystyki psychoz alkoholowych, które, jak się uważa, są mniej wrażliwe na zmiany w polityce zdrowotnej, wskazują na pewien wzrost rozpowszechnienia w porównaniu z początkiem dekady (Tabele 6 i 7). Jest on jednak słabszy niż w przypadku uzależnienia. W latach 1992-96 wskaźnik psychoz pierwszorazowych w leczeniu ambulatoryjnym wzrósł z 4,7 na 100 000 do 5,5 na 100 000, podczas gdy w leczeniu stacjonarnym z 13,3 do 14,2 na 100 000. Warto zwrócić uwagę, że obserwowane w latach 90. wskaźniki są najwyższe w historii polskich statystyk psychiatrycznych i należą do najwyższych na świecie.

TABELA 6
Leczeni z powodu psychoz alkoholowych (1990-1996).
Psychiatryczna opieka ambulatoryjna.

Rok	Leczeni po raz pierwszy	Leczeni po raz pierwszy współczynnik na 100 tys. ludności	Leczeni ogółem	Leczeni ogółem współczynnik na 100 tys. ludności
1990	1 696	4,5	5 880	15,4
1991	1 813	4,7	5 995	15,7
1992	1 799	4,7	5 557	14,5
1993	1 654	4,3	5 463	14,2
1994	2 012	5,2	6 373	16,5
1995	2 159	5,6	6 981	18,1
1996	2 107	5,5	6 925	17,9
1997*	dostępne dane nie są porównywalne			

* Dane pochodzące z leczenia ambulatoryjnego w rozbięciu na psychozy i uzależnienia za 1997 nie są porównywalne z wcześniejszymi latami (28).

Źródło: 16, 22, 25, 26, 27

TABELA 7
Leczeni z powodu psychoz alkoholowych (1990-1997).
Psychiatryczna opieka całodobowa.

Rok	Leczeni po raz pierwszy	Leczeni po raz pierwszy współczynnik na 100 tys. ludności	Leczeni ogółem	Leczeni ogółem współczynnik na 100 tys. ludności
1990	5 117	13,4	8 865	23,3
1991	5 938	15,3	9 971	26,1
1992	5 105	13,3	8 901	23,2
1993	5 127	13,3	9 106	23,7
1994	5 649	14,7	9 562	24,8
1995	5 801	15,0	10 146	26,3
1996	5 527	14,2	9 476	24,5
1997*	4 603	11,9	8 551	22,1

* Dane pochodzące z leczenia całodobowego (szpitalnego) są obciążone zmianami wynikającymi z wprowadzenia ICD X (28).

Źródło: 16, 22, 25, 27,

Według wstępnych danych rok 1997 przyniósł znaczny spadek psychoz w leczeniu stacjonarnym. Trudno jeszcze powiedzieć, na ile jest to efektem wejścia w życie ICD X, a na ile odzwierciedla zmianę w rozpowszechnieniu psychoz. Inaczej niż w poprzednich dekadach, praktycznie cały spadek liczby psychoz alkoholowych przypada na pacjentów pierwszorazowych. Sugeruje to wyraźne wystąpienie artefaktu.

4. Zmniejszenie ilości alkoholu spożywanego przez młodzież o 20% w stosunku do spożycia w latach 1994/95

Ocena realizacji nie była przewidziana w umowie na rok 1998. Planuje się przeprowadzenie odpowiednich analiz porównawczych w 1999 roku.

Oczekiwane korzyści zdrowotne

1. Liczba zgonów z powodu marskości wątroby

Od czasu pionierskich badań Jellinka uważa się zgony z powodu marskości wątroby za syntetyczny wskaźnik rozpowszechnienia chronicznych problemów zdrowotnych związanych z alkoholem. Ocenia się, że około 80 procent zgonów mężczyzn z powodu marskości wątroby ma związek z alkoholem. Mimo iż marskość wątroby pojawia się dopiero po wielu latach intensywnego picia, to współczynnik zgonów wydaje się korelować wysoko ze zmianami średniego spożycia alkoholu.

Od początku lat 90. liczba zgonów z powodu marskości wątroby wykazuje tendencję wzrostową od 10,3 na 100 000 mieszkańców w 1990 do 12,2 na 100 000 w 1996 (Tabela 8).

TABELA 8
Zgony z powodu marskości wątroby (1990-1997).

Rok	Liczba zgonów (marskość wątroby i przewlekłe choroby wątroby)	Współczynnik na 100 tys. mieszkańców
1990	3 909	10,3
1991	4 503	11,8
1992	4 313	11,2
1993	4 409	11,5
1994	4 602	11,9
1995	4 895	12,7
1996	4 720	12,2
1997	dane nie są jeszcze dostępne	

Źródło: 10-15, 17

W tym okresie współczynnik zgonów wśród kobiet był idealnie stabilny, podczas gdy u mężczyzn wzrósł z 13,3 do 17,4 na 100 000 (Tabela 9). Biorąc pod uwagę, że mężczyźni w Polsce piją pięciokrotnie więcej niż kobiety, można przypuszczać, że wysoka konsumpcja alkoholu w latach 90. wyjaśnia w znacznej mierze wzrost umieralności z powodu marskości wątroby w tym okresie.

TABELA 9
Współczynnik zgonów z powodu marskości wątroby (1990-1997).

Rok	Zgony z powodu marskości wątroby	
	kobiety	mężczyźni
1990	7,3	13,3
1991	7,7	16,1
1992	7,1	15,6
1993	7,3	15,9
1994	7,4	16,7
1995	7,5	18,2
1996	7,3	17,4
1997	dane nie są jeszcze dostępne	

Źródło: 10-15, 17

2. Liczba zgonów z powodu zatruc alkoholem

Zgony z powodu zatruc alkoholem można w stu procentach przypisać działaniu napojów alkoholowych lub ich substytutów. Ich rozpowszechnienie w Polsce jest bardzo wysokie w porównaniu z krajami Unii Europejskiej (np. w Hiszpanii notuje się kilkadziesiąt zgonów rocznie).

W latach 1990-1992 współczynnik zgonów wzrósł o blisko jedną trzecią wyjaśniając prawie 10 procent wzrostu umieralności ogólnej mężczyzn w początkach transformacji (9). W połowie dekady ich liczba spadła i nie przekraczała poziomu z lat 80. (Tabela 10).

TABELA 10
Zgony z powodu ostrego zatrucia alkoholem.

Rok	Zgony w liczbie bezwzględnej	Współczynnik zgonów na 100 tys. ludności
1990	1 447	3,79*
1991	1 723	4,50
1992	1 894	4,93
1993	1 571	4,08
1994	1 444	3,74
1995	1 632	4,22
1996	1 446	3,74
1997	dane nie są jeszcze dostępne	

* Obliczone na podstawie wzoru: liczba zgonów z powodu alkoholu/liczba ludności zarejestrowanej przez GUS x 100 000.

Źródło: 7, 8, Państwowy Zakład Higieny

3. Liczba zgonów w wypadkach drogowych związanych z alkoholem

Według danych policyjnych liczba śmiertelnych ofiar „alkoholowych” wypadków drogowych w latach 90. systematycznie spadała z 2 332 w 1990 do 1 576 w 1997.

Tendencja spadkowa jest jeszcze wyraźniejsza przy współczynnikach na 100 000 mieszkańców (Tabela 11). Dane te wymagają „konfrontacji” ze statystykami resortu zdrowia.

TABELA 11
Ofiary śmiertelne wypadków drogowych związanych z alkoholem (1990-1997).

Rok	Liczba ofiar śmiertelnych	Współczynnik na 100 tys. mieszkańców
1990	2 332	6,11
1991	2 286	5,97
1992	1 832	4,77
1993	1 803	4,68
1994	1 904	4,93
1995	1 836	4,75
1996	1 508	3,90
1997	1 576	4,07

Źródło: 18, 19, 20, Komenda Główna Policji

4. Liczba wypadków drogowych związanych z alkoholem

Mimo iż w Polsce w latach 90. przybyło ponad 3 miliony samochodów, liczba wypadków „pod wpływem alkoholu” była względnie stabilna. Wskaźnik „alkoholowych” wypadków drogowych na 1000 pojazdów zmniejszył się o blisko jedną trzecią z 1,28 w 1990 do 0,87 w 1997 (Tabela 12).

TABELA 12
Wypadki drogowe związane z alkoholem (1990-1997).

Rok	Liczba wypadków drogowych pod wpływem alkoholu	Liczba zarejestrowanych pojazdów w tys. sztuk	Liczba wypadków drogowych pod wpływem alkoholu w przeliczeniu na 1000 pojazdów
1990	11 638	9 041	1,28*
1991	11 995	9 860	1,21
1992	10 848	10 207	1,06
1993	10 373	10 437	0,99
1994	11 182	10 858	1,02
1995	11 400	11 186	1,01
1996	10 472	11 766	0,89
1997	10 705	12,284	0,87

* Obliczone na podstawie: $\text{wsp. wypadków} = \text{liczba wypadków po alkoholu} / \text{liczba zarejestrowanych pojazdów} \times 1000$.

Źródło: 6, 8, 18, 19, 20, Komenda Główna Policji

5. Nietrzeźwość publiczna

Po gwałtownym spadku liczby zatrzymań do wytrzeźwienia w latach 1989-1990, który wynikał z zamierającej działalności policji, liczba zatrzymań przekroczyła poziom z lat 80. osiągając pułap około 400 000 rocznie. Ponad trzy czwarte zatrzymań obejmuje izby wytrzeźwień; pozostałe – areszty policyjne (Tabela 13).

TABELA 13
Nietrzeźwość publiczna (1990-1997).

Rok	Izby wytrzeźwień	Areszty	Ogółem	Współczynnik nietrzeźwości publicznej na 100 tys. ludności
1990	224 387	41 415	265 802	697*
1991	273 977	57 404	331 381	866
1992	272 034	63 511	335 545	874
1993	309 561	74 453	384 014	998
1994	321 723	78 364	400 087	1038
1995	312 844	80 075	392 919	1018
1996	305 502	71 393	376 895	975
1997	318 330	74 767	393 097	1017

* Obliczone na podstawie wzoru: ogólny wskaźnik nietrzeźwości publicznej/liczba ludności zarejestrowanej przez GUS x 100 000.

Źródło: 6, Komenda Główna Policji

6. Odsetki związanych z alkoholem interwencji pogotowia ratunkowego i innych placówkach pomocy doraźnej

Wyniki badań przeprowadzonych w pogotowiu ratunkowym w Warszawie, w ostatnim kwartale 1998 roku wskazują na to, iż blisko 11% wszystkich wyjazdów pogotowia wiąże się z urazami i zachorowaniami nietrzeźwych. Odsetek ten jest mniejszy, w porównaniu z innymi badaniami zagranicznymi i krajowymi (na różnicę tę mógł mieć wyjątkowo burzliwy dla służby zdrowia okres, kiedy to zapewnienie współpracy wszystkich pracowników pogotowia okazało się niemożliwe). Mimo to uchwycony wskaźnik jest prawie dwukrotnie wyższy od rutynowych statystyk pogotowia.

Wyjazdy pogotowia do interwencji „alkoholowych” dotyczą głównie mężczyzn (85%) w wieku do 49 roku życia. Wyraźnie nadreprezentowani są wśród pacjentów nietrzeźwych pracownicy fizyczni i bezrobotni.

W ambulatoriach Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Warszawie oraz na ostrym dyżurze chirurgicznym jednego ze szpitali warszawskich odsetek interwencji „alkoholowych” okazał się niższy i oscylował w granicach pięciu procent.

Obszerne sprawozdanie z monitoringu przedstawione jest w oddzielnym raporcie (24).

Realizacja zadań

1. Ograniczanie dostępności oraz kontrola rynku alkoholowego

Wydaje się, że kontrola rynku alkoholowego ma przede wszystkim na celu interesy fiskalne państwa a nie interesy zdrowia publicznego. Nie wprowadzono żadnych ograniczeń dotyczących godzin czy dni sprzedaży. W porównaniu z początkiem lat

90. obserwuje się jednak pewien postęp, zwłaszcza w ograniczaniu nielegalnej sprzedaży na bazarach i targowiskach. Są dane wskazujące na lepsze egzekwowanie zakazu sprzedaży alkoholu młodzieży do lat 18.

Pełniejsza ocena nie była przewidziana w monitoringu. Wymagałaby śledzenia trendów odnośnie do liczby punktów sprzedaży.

2. Oddziaływania administracyjno-fiskalne i edukacyjne służące zmianie struktury spożycia

Zmiana struktury spożycia jest bardziej efektem promocji piwa przez przemysł browarniczy niż skutkiem polityki fiskalnej.

3. Stosowanie skutecznych form kontroli prawnej i społecznej nad patologicznym zachowaniem osób nietrzeźwych

Obserwując malejący wskaźnik wypadków drogowych pod wpływem alkoholu oraz spadający współczynnik śmiertelnych ofiar tych wypadków, można mówić o wyraźnym postępie w realizacji tego zadania.

Stabilizacja rozmiarów nietrzeźwości publicznej zdaje się też wskazywać na skuteczność podejmowanych działań.

4. Profilaktyczne programy edukacyjne dla młodzieży i grup zwiększonego ryzyka

Realizacja tego zadania nie była objęta monitoringiem w 1998.

5. Zwiększanie skuteczności i dostępności terapii dla uzależnionych i członków ich rodzin

Dostępne dane dotyczące liczby pacjentów leczonych z powodu uzależnienia i psychoz alkoholowych wykazują tendencję wzrostową. Może to świadczyć o większej dostępności usług lub jej mniejszej skuteczności lub wreszcie o rzeczywistym wzroście rozpowszechnienia.

Wnioski i zalecenia dotyczące dalszej realizacji monitoringu

Monitorowanie wszystkich zadań przewidzianych w NPZ wymagałoby prowadzenia dużego, wielodyscyplinarnego programu badawczego. Podejmowanie takiego programu nie wydaje się celowe, bowiem wiele zadań NPZ przewidzianych jest również w Narodowym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 1997-1999, który ma własny system monitoringu.

Na rozważenie zasługuje podjęcie monitorowania kwestii „zmniejszenia śmiertelności i uszkodzeń zdrowia u osób uzależnionych od alkoholu”, która wymieniona jest wśród efektów oczekiwanych do 2005 roku.

Po pilotażu proponuje się rezygnację z wskaźnika 12 monitoringu „odsetek związanych z alkoholem hospitalizacji w szpitalach ogólnych”. Dyskusji wymaga prowadzenie monitoringu w stacjach pogotowia ratunkowego. Wydaje się, że bardziej od dotychczas stosowanego wskaźnika, do monitorowania przydatny będzie odsetek „alkoholowych” interwencji wyjazdowych pogotowia w grupie mężczyzn 20-49 lat.

STRESZCZENIE

Raport z monitoringu celu 4 Narodowego Programu Zdrowia „Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem” jest pierwszym tego typu raportem i obejmuje lata 1990-97. Raport koncentruje się na kilkunastu wybranych wskaźnikach, które w sposób syntetyczny pozwalają śledzić stopień realizacji (niektórych) celów przyjętych w Narodowym Programie Zdrowia.

Mimo braku rzetelnych statystyk sprzedaży alkoholu, pośrednie dane nt. psychoz alkoholowych wskazują na to, iż – przynajmniej do roku 1996 – poziom jego spożycia w okresie transformacji ustrojowych był istotnie wyższy niż w latach osiemdziesiątych. Dane za rok 1997 wydają się mocno zakłócone wprowadzeniem ICD X i nie pozwalają na poprawną estymację konsumpcji. W latach transformacji ustrojowych obserwuje się wyraźny wzrost konsumpcji piwa i rosnący jego udział w strukturze spożycia napojów alkoholowych.

Po spadku na początku dekady, w ostatnich latach rośnie liczba pacjentów psychiatrycznej służby zdrowia leczonych z powodu zaburzeń alkoholowych. Trudno jeszcze orzec, czy jest to wynikiem większej dostępności czy też rosnącej liczby komplikacji alkoholowych. Alkohol stanowi również poważne obciążenie placówek pierwszej pomocy. Według badań przeprowadzonych w Warszawie, około 10 procent interwencji wyjazdowych pogotowia ratunkowego ma związek z alkoholem.

Po gwałtownym wzroście liczby wypadków drogowych związanych z alkoholem w latach 1989-90 przez całą dekadę obserwuje się zmniejszanie współczynnika wypadków na 1000 pojazdów oraz współczynnika śmiertelnych ofiar wypadków na 1000 mieszkańców.

Słowa kluczowe: monitoring, spożycie alkoholu, psychozy, wypadki.

Jacek Moskalewicz, Dorota Wiszejko

To decrease alcohol consumption and to change its structure as well as to decrease health harm related to alcohol

SUMMARY

Report from monitoring of target 4 of National Health Programme: „To decrease alcohol consumption and to change its structure as well as to decrease health harm related to alcohol” is the first report of this type and covers the period 1990-1997. Focus of the report is on dozen or so selected indicators to trace progress in implementation of (some) objectives adopted in the National Health Programme.

In spite of lack of reliable sales statistics, indirect data on alcoholic psychoses indicate that, at least until 1996, level of alcohol consumption was higher during the transformation period than in the 1980s. Relevant data for 1997 are strongly affected by introduction of ICD X and exclude appropriate estimation of consumption. Du-

ring the transformation period significant growth of beer drinking and its increasing share in consumption structure have been observed.

After a decline in the beginning of the 1990s, last years witnessed growing numbers of patients treated due to alcohol disorders by mental health services. It is too early to guess whether this trend is due to higher accessibility or to increasing wave of alcohol-related complications. Alcohol constitutes also heavy burden for ambulance services. According to a survey carried out in ambulance station in Warsaw approximately 10 per cent of their interventions can be attributed to alcohol.

After a sudden increase in 1989-1990, rate of alcohol traffic accidents per 1000 vehicles as well as rate of fatalities per 100 000 inhabitants have clearly tended to decline.

Key words: monitoring, alcohol consumption, psychoses, accidents

PIŚMIENNICTWO

1. Bruun K. et al. (1975): *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective*. Finnish Foundation for Alcohol Studies, Forssa.
2. Durda R. (red.), Zespół pracowników Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (1998): *Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w 1997 r.* Alkohol a Zdrowie, 22, PARPA, Warszawa, s. 64.
3. Edwards G. et al. (1994): *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford University Press, Oxford, New York, Tokyo.
4. Makela K. et al (1981): *Alcohol, Society and the State: 1A Comparative Study of Alcohol Control*. Addiction Research Foundation, Toronto.
5. Moskalewicz J., Świątkiewicz G. (1995): *Drug Demand Reduction in Poland Inventory of Data prepared for PHARE Programme „Fight Against Drugs”*; ABS Intersalus, Warsaw, s.14.
6. Moskalewicz J., Świątkiewicz G. (1995): *Drug Demand Reduction in Poland Inventory of Data prepared for PHARE Programme „Fight Against Drugs”*; ABS Intersalus, Warsaw, s.17.
7. Moskalewicz J., Świątkiewicz G. (1995): *Drug Demand Reduction in Poland Inventory of Data prepared for PHARE Programme „Fight Against Drugs”*; ABS Intersalus, Warsaw, s.19.
8. Moskalewicz J., Świątkiewicz G. (1995): *Drug Demand Reduction in Poland Inventory of Data prepared for PHARE Programme „Fight Against Drugs”*; ABS Intersalus, Warsaw, s.22.
9. Moskalewicz, J., Wojtyńskiak B., Rabczenko D. (1998): *Alcohol Contribution to Mortality Trends in Poland in Transition. Materiały konferencji "Health Development in Central and Eastern Europe after Transition"*, Warszawa, 11-13 maja 1998.
10. *Rocznik Statystyczny 1990*, GUS, Warszawa 1991, s. 55.
11. *Rocznik Statystyczny 1991*, GUS, Warszawa 1992, s. 52.
12. *Rocznik Statystyczny 1992*, GUS, Warszawa 1993, s. 55.
13. *Rocznik Statystyczny 1993*, GUS, Warszawa 1994, s. 60.
14. *Rocznik Statystyczny 1994*, GUS, Warszawa 1995, s. 63.
15. *Rocznik Statystyczny 1995*, GUS, Warszawa 1996, s. 66.
16. *Rocznik Statystyczny 1996*; GUS, Warszawa 1997, s. LXXVIII.

Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych...

17. *Rocznik Statystyczny 1996*, GUS, Warszawa 1997, s. 65.
18. *Rocznik Statystyczny 1996*, GUS, Warszawa 1997, s. 445.
19. *Rocznik Statystyczny 1997*, GUS, Warszawa 1998, s. 419.
20. *Rocznik Statystyczny 1997*, GUS, Warszawa 1998, s. 398.
21. *Rocznik Statystyczny 1990-1997*, GUS, Warszawa 1991-1998.
22. *Sprawozdanie z realizacji ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w okresie 1 stycznia-31 grudnia 1996 r.*, MZIOS, PARPA, Warszawa 1997, str. 32.
23. Wald I., Kulisiewicz T., Morawski J., Bogusławski A. (1981): *Raport o problemach polityki w zakresie alkoholu*. Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa.
24. Wierzbicka K. (1999): *Monitoring obciążenia pogotowia ratunkowego i ostrych dyżurów w wybranych szpitalach w Warszawie interwencjami związanymi z alkoholem i narkotykami*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, niepublikowany maszynopis.
25. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. *Rocznik Statystyczny 1992*, ZOOZ, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1993, s.140-143.
26. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. *Rocznik Statystyczny 1994*, ZOOZ, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1995, s.145-148.
27. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. *Rocznik Statystyczny 1996*, ZOOZ, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1997, s.111-114.
28. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. *Rocznik Statystyczny 1997*, ZOOZ, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1998, s.70.