

Rekomendacje

do realizowania i finansowania gminnych
programów profilaktyki i rozwiązywania
problemów alkoholowych
oraz przeciwdziałania narkomanii w **2023** roku

Zespół redaktorów i recenzentów:
Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Projekt graficzny, skład i łamanie:
Piotr Szymanik

Korekta:
redaguje.pl Katarzyna Kulesza

Copyright © Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

ISBN 978-83-966583-0-2

Wydanie I
Warszawa 2022

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom
ul. Dereniowa 52/54
02-776 Warszawa
telefon: (22) 641 15 01
telefon: (22) 649 66 59
e-mail: kcpcu@kcpcu.gov.pl
strona internetowa: www.kcpcu.gov.pl

Spis treści

| | |
|---|-----|
| Wstęp | 5 |
| ROZDZIAŁ I | |
| Diagnoza lokalnych zasobów i problemów jako punkt wyjścia do opracowania gminnych programów oraz monitorowania podejmowanych działań | 7 |
| ROZDZIAŁ II | |
| Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu oraz narkotyków | 13 |
| ROZDZIAŁ III | |
| Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe oraz narkomanii, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą | 36 |
| ROZDZIAŁ IV | |
| Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej oraz działalności szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii oraz uzależnieniom behawioralnym | 50 |
| ROZDZIAŁ V | |
| Realizacja działań profilaktycznych ograniczających spożywanie alkoholu przez kobiety w ciąży oraz budowanie systemu wsparcia i terapii dla dzieci ze Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD) i ich rodziców/opiekunów | 91 |
| ROZDZIAŁ VI | |
| Podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13 ¹ i 15 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego | 93 |
| ROZDZIAŁ VII | |
| Wspieranie zatrudnienia socjalnego przez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej i klubów integracji społecznej | 103 |

ROZDZIAŁ VIII

Kompetencje członków gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych108

ROZDZIAŁ IX

Instytucja zobowiązania do leczenia odwykowego.....112

ROZDZIAŁ X

Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych oraz przeciwdziałaniu narkomanii, w tym tryby realizacji zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii124

ROZDZIAŁ XI

Opłata od sprzedaży napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml131

ROZDZIAŁ XII

Zakres pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa137

ZAŁĄCZNIKI.....141

Załącznik nr 1 – Przykładowe wskaźniki do poszczególnych obszarów diagnozy w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.....141

Załącznik nr 2 – Taryfikator działań..... 143

Załącznik nr 3 – Lista rekomendowanych programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego..... 147

Wstęp

Szanowni Państwo,

w imieniu Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (zwanego dalej KCPU) przekazujemy Państwu Rekomendacje do realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii.

Niniejsza publikacja, wydawana wcześniej przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, która stała się częścią KCPU, po raz pierwszy omawia zadania jednego, wspólnego gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Samorządy gminne były zobowiązane, nie później niż do 31 marca 2022 roku przyjąć jeden wspólny dokument w tej sprawie.

W Rekomendacjach zostały omówione sposoby realizacji poszczególnych zadań gminnego programu wskazanych w ustawie z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2021 r. poz. 1119, z późn. zm. dalej jako: ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi) oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2020 r. poz. 2050, z późn. zm. dalej jako: ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii). Ze względu na to, że elementem nowych gminnych programów stały się również zadania związane z przeciwdziałaniem uzależnieniom behawioralnym, w Rekomendacjach znajdziecie Państwo osobny podrozdział dedykowany temu zagadnieniu. Podobnie w odrębnych częściach omówiono kwestię przeznaczania środków z tzw. korkowego i małpkowego na pomoc obywatelom Ukrainy oraz finansowanie zadań ze środków pochodzących ze sprzedaży napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml (tzw. małpki).

Pragniemy przypomnieć o obowiązku przeznaczania środków finansowych pochodzących zarówno z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych oraz z dodatkowej opłaty od sprzedaży napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml zgodnie z celami ustawowymi, czyli odpowiednio na realizację:

- gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, a także zadań realizowanych przez placówkę wsparcia dziennego, w której mowa w art. 9 pkt 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (tzw. korkowe),

-
- lokalnej międzysektorowej polityki przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu (tzw. małpki).

Wyjątkiem od tej zasady jest tylko i wyłącznie możliwość przeznaczania ww. dochodów na pomoc obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terenie ich państwa.

Nowością w stosunku do poprzednich wydań Rekomendacji jest fragment dotyczący upowszechniania wiedzy o rakotwórczym działaniu alkoholu w ramach edukacji publicznej prowadzonej w gminnych programach. Jedną ze wskazówek profilaktycznych zawartych w Europejskim Kodeksie Walki z Rakiem jest ograniczenie używania alkoholu lub całkowita rezygnacja z niego, dlatego ważnym zadaniem samorządów gminnych staje się podejmowanie tematu rakotwórczego działania alkoholu w lokalnych mediach i prasie oraz edukacja na temat wpływu alkoholu na stan zdrowia człowieka.

Tak jak w poprzednich edycjach Rekomendacji, tak i obecnie, zachęcamy Państwa do korzystania z bazy programów profilaktycznych w ramach Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego, która znajduje się na stronie www.programyrekomentowane.pl. Wciąż aktualna jest potrzeba szerokiego wdrażania w szkołach programów profilaktycznych opartych na podstawach naukowych i o potwierdzonej skuteczności. Krótkotrwałe formy, takie jak pogadanki, konkursy czy teatry profilaktyczne nie są efektywną profilaktyką i nie rekomendujemy ich w ramach gminnych programów.

Mamy nadzieję, że Rekomendacje okażą się dla Państwa pomocne przy budowaniu i realizowaniu gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, a zaplanowane w nich zadania, uwzględniając współczesną wiedzę na temat nowoczesnych metod pracy w tym obszarze, będą służyły poprawie i utrzymaniu zdrowia mieszkańców Państwa gmin i miast.

Dyrekcja
Krajowego Centrum
Przeciwdziałania Uzależnieniom

ROZDZIAŁ I

DIAGNOZA LOKALNYCH ZASOBÓW I PROBLEMÓW JAKO PUNKT WYJŚCIA DO OPRACOWANIA GMINNYCH PROGRAMÓW ORAZ MONITOROWANIA PODEJMOWANYCH DZIAŁAŃ¹

1.1. Wprowadzenie

Gminny program rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii powinien w najlepszy możliwy sposób promować zdrowie, zapobiegać używaniu substancji psychoaktywnych i rozwiązywać problemy wynikające z ich używania i uzależnienia od nich. Gminny program sięga rzeczy koncentruje się tylko na wycinku życia społecznego. Warto pamiętać, że zarówno na poziomie indywidualnym, jak i w skali całej społeczności problemy społeczne współwystępują ze sobą i układają się w charakterystyczne wiązki problemów. Kontekst innych problemów ma istotne znaczenie dla planowania i podejmowania działań we wszystkich wspomnianych obszarach, a także dla prognozowanych efektów tych działań. Niekiedy interwencja profilaktyczna zaplanowana dla ograniczenia występowania konkretnego problemu, ujęta w gminnym programie, może przyczynić się do rozwiązania także innych problemów. Na przykład ograniczenie spożycia alkoholu lub narkotyków może wpływać na poprawę sytuacji w zakresie porządku publicznego.

¹Literatura:

- Bukowska, B., Jabłoński, P., Sierosławski, J., (red.) (2008). *Podręcznik do monitorowania narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym*. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii: Warszawa.
- Borucka, A., Kehl, B. (2021). *Ewaluacja programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego adresowanych do dzieci i młodzieży – wybrane zagadnienia*. „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 20(3), 37–52.
- Malczewski, A. (red.) (2016). *Monitorowanie problemu narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym oraz przeciwdziałanie narkotykom i „dopalaczom”*. Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej: Warszawa. https://www.cinn.gov.pl/portal?id=156&res_id=1146668
- Malczewski, A. (2018). *Diagnoza problemów alkoholowych w gminach jako obowiązkowy punkt wyjścia dla działań prowadzonych przez samorządy*, Instytut Łukasiewicza: Kraków.
- Malczewski, A., Oniszk, P. (red. pol.) (2017). *Ewaluowanie polityki antynarkotkowej. Zlecenie i zarządzanie ewaluacjami – przewodnik w 7 krokach*. Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej: Warszawa. https://www.cinn.gov.pl/portal?id=156&res_id=1392014

Opracowanie gminnego programu powinno być poprzedzone przeprowadzeniem dokładnej diagnozy dotyczącej w szczególności rozpoznania czynników ryzyka i czynników chroniących występujących w danej społeczności, określenia skali i specyfiki problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz posiadanych przez gminę zasobów osobowych, rzeczowych i finansowych. Warto też podsumować doświadczenia zdobyte w dotychczasowych działaniach z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z używania substancji psychoaktywnych.

1.2. Dlaczego potrzebujemy diagnozy?

W ramach diagnozy opisywany jest lokalny kontekst społeczny i kulturowy, który może mieć wpływ na występowanie czynników chroniących i czynników ryzyka związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Diagnoza uwzględnia również dane na temat skali używania napsobów alkoholowych oraz nielegalnych substancji psychoaktywnych, działań z zakresu promocji zdrowia, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz narkotykowych (np. wdrazanych programów profilaktycznych czy leczenia osób uzależnionych), a także informacje na temat postaw społecznych wobec podjętych lub planowanych w gminie strategii. Ocena lokalnej sytuacji ułatwia tworzenie i wdrażanie adekwatnych do potrzeb programów czy strategii, a następnie ich ewaluację, co w efekcie przyczynia się do podniesienia jakości działań prowadzonych na poziomie lokalnym. Diagnoza stanowi także istotne wsparcie dla lokalnej polityki i działań praktycznych poprzez identyfikowanie i wybór priorytetowych problemów wymagających interwencji. Warto podkreślić, że obserwacja zjawisk społecznych oraz skali i zasięgu wdrazanych działań wynika z potrzeby podejmowania interwencji na podstawie analizy sytuacji lub dowodów naukowych. Opierając działania na wnioskach z przeprowadzonej analizy, można efektywniej wykorzystywać lokalne zasoby służące do rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Ponadto, wyniki diagnozy mogą okazać się pomocne w mobilizacji lokalnych władz lub jako potwierdzenie skuteczności prowadzonych działań. Diagnoza dostarczy argumentów, dlaczego warto przyglądać się specyficznym aspektom problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz wdrażać skuteczne działania. Dodatkowo powtarzalna diagnoza zjawisk społecznych, czyli monitorowanie pozwalają na szybkie i adekwatne do potrzeb modyfikowanie gminnych programów oraz na dokonywanie porównań pomiędzy gminami. Przeprowadzenie diagnozy obejmuje następujące etapy:

- konceptualizacja – zaplanowanie diagnozy, wybór wskaźników i metod,
- zbieranie danych,
- opracowywanie, analiza i interpretacja danych,
- formułowanie wniosków i rekomendacji,
- opracowanie i opublikowanie raportu z diagnozy,
- upowszechnianie wyników diagnozy.

W ramach diagnozy zbierane są przede wszystkim dane z istniejących źródeł, takich jak dokumenty, raporty i statystyki instytucji zajmujących się problemami związanymi z używaniem alkoholu

i narkotyków. Źródłem ważnych informacji o problemie mogą być ponadto opinie ekspertów. Warto również wykorzystać lub zlecić badania na poziomie lokalnym, np. w szkołach. Jednak, jeśli diagnoza zostanie oparta jedynie na wynikach badań ankietowych w szkołach, to stracimy możliwość otrzymania całościowej oceny sytuacji, która powinna uwzględniać również populację dorosłych mieszkańców gminy, używanie problemowe narkotyków czy picie alkoholu przez osoby dorosłe.

1.3. Dlaczego wskaźniki są ważne?

Najważniejsze cechy problemu powinny być obserwowane za pomocą wskaźników, których wartość najczęściej wyrażona jest wartością liczbową, taką jak np. liczba osób rozpoczynających leczenie z powodu uzależnienia od alkoholu z terenu gminy. Dobór wskaźników wpływa na aspekty problemu, które będziemy diagnozować. Innymi słowy, opis problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych opiera się na monitorowaniu wybranych wskaźników, które są najbardziej charakterystyczne dla lokalnej sytuacji.

Dokonując wyboru wskaźników, należy skoncentrować się przede wszystkim na dwóch kryteriach: jaka jest skala problemu oraz jakie są priorytety lokalnych działań. Wskaźniki powinny dotyczyć najbardziej problemowych aspektów zjawiska. Do takich negatywnych konsekwencji należą np. zgony z powodu używania napojów alkoholowych. Wskaźniki opracowywane są również dla obszarów, na których koncentruje się uwaga społeczności lokalnej, ponieważ są one szczególnie ważne dla mieszkańców – obszarem takim jest np. przemoc w związku ze spożyciem alkoholu.

Podsumowując: tworząc wskaźniki w celu zdiagnozowania problemu, należy wybierać takie, które pozwolą na uchwycenie najistotniejszych aspektów z punktu widzenia potrzeb lokalnych. Opracowanie skomplikowanych wskaźników może okazać się zbyt dużym wyzwaniem dla lokalnego potencjału. Lepszym rozwiązaniem jest rozpoczęcie prac od przygotowania podstawowych wskaźników, nawet jeśli nie obejmą one wszystkich aspektów lokalnego zjawiska narkomanii czy używania alkoholu.

1.4. Jakie są obszary diagnozy?

Opracowanie diagnozy nie powinno trwać zbyt długo, aby można było wykorzystać jej rezultaty w praktyce. Warto zaplanować jej realizację, mając na uwadze lokalne potrzeby i zasoby. Wiele informacji o problemach uzależnień jest dostępnych w postaci istniejących raportów, sprawozdań, wyników badań, rejestrów danych oraz baz danych. Również wiedza kluczowych informatorów – ekspertów pracujących w obszarze uzależnień – może być źródłem danych. Ocenę sytuacji w gminie rozpoczynamy od zidentyfikowania instytucji lub osób działających w obszarze przeciwdziałania uzależnieniom na terenie gminy. Należy pamiętać o tym, że diagnozę zaczynamy nie od zbierania danych, ale od stworzenia sieci współpracowników lub instytucji. Pracami nad diagnozą kieruje koordynator, przy czym warto pamiętać, że łatwiej koordynować mały zespół współpracowników. W ramach diagnozy budowana jest sieć współpracowników, którzy mają dostęp do niezbędnych dla nas informacji. Osoby zaangażowane w diagnozę powinny być albo

osobami pracującymi z danymi i mogącymi wygenerować potrzebne dane z istniejących baz lub rejestrów, albo ekspertami, których wiedza, doświadczenie i opinie będą pomocne w przypadku braku ilościowych danych lub trudności w ich interpretowaniu. Osoby te pomogą nam również wybrać najważniejsze podmioty spośród interesujących nas instytucji. Liczba oraz rodzaj wskaźników pomogą w określeniu zakresu diagnozy. W Załączniku nr 1 Rekomendacji zostaną przedstawione przykładowe wskaźniki dla monitorowania:

- rozpowszechnienia picia alkoholu oraz używania narkotyków w grupie dorosłych i młodzieży;
- konsekwencji zdrowotnych i społecznych – problemów związanych z alkoholem i narkotykami;
- konsekwencji prawnych związanych z niewłaściwym używaniem substancji psychoaktywnych oraz przestępczości narkotykowej;
- rynku alkoholowego, dostępności substancji psychoaktywnych oraz nielegalnego rynku narkotyków;
- działań z zakresu profilaktyki, leczenia, postrehabilitacji oraz redukcji szkód w obszarze uzależnień.

Zapobieganiem używaniu substancji psychoaktywnych i rozwiązywaniem problemów wynikających z ich używania zajmuje się na terenie gminy szereg instytucji, zarówno powołanych w tym celu (np. gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych, zwana dalej GKRPA), jak i takich, dla których kwestie związane z alkoholem czy narkotykami stanowią tylko część działalności (np. policja). Tworząc diagnozę należy stworzyć listę instytucji oraz badań, które mogą być dla nas źródłem wskaźników. Dla przykładu dane do wskaźników na poziomie lokalnym można pozyskać m.in. z takich instytucji jak:

- placówki lecznicze, w tym szpitale i Wojewódzkie Ośrodki Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia (WOTUiW),
- punkty konsultacyjne,
- stacje pogotowia ratunkowego i transportu sanitarnego,
- policja,
- urząd miasta lub gminy,
- zespoły interdyscyplinarne ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie,
- izby wytrzeźwień,
- organizacje pozarządowe,
- wojewódzka stacja sanitarno-epidemiologiczna,
- miejskie lub gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych,
- ośrodki pomocy społecznej.

Warto rozważyć kontakt z innymi instytucjami na poziomie centralnym lub lokalnym, które mogą posiadać istotne dla nas dane. W celu porównania sytuacji z innym miastem lub gminą możemy zwrócić się o dane do innej jednostki samorządu terytorialnego. Gminy corocznie ra-

portują informacje dotyczące działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w ramach PARPA G-1 (od 2023 roku: KCPU G-1). Dane przekazane w ankietach mogą być źródłem wskaźników, które posłużą do porównania sytuacji między gminami oraz między gminą a sytuacją w całym kraju. W celu porównania sytuacji między gminami warto zastosować wskaźniki na 10 lub 100 tysięcy mieszkańców lub dane przeliczone na osobę (np. liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych). Przykładowe wskaźniki do poszczególnych obszarów diagnozy w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych stanowi załącznik nr 1 do Rekomendacji.

1.5. Metody ilościowe oraz jakościowe w diagnozie

Metodologia diagnozy na poziomie lokalnym obejmuje zastosowanie metod ilościowych (zbieranie i analiza danych statystycznych, analiza dokumentacji instytucji, realizacja badań ankietowych i innych projektów badawczych) oraz metod jakościowych (wywiady, analiza dokumentacji, obserwacja). W opracowywaniu diagnozy stosuje się różne techniki badawcze. Jednymi z najczęściej wykorzystywanych są metody ilościowe. Zalicza się do nich zbieranie i analizę danych statystycznych z dokumentacji instytucji reagujących na problem uzależnień, nazywany analizą danych zastanych. W ramach metod ilościowych w obszarze problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych prowadzi się także badania ankietowe wśród młodzieży, czasem także wywiady kwestionariuszowe wśród dorosłych mieszkańców. Oprócz metod ilościowych warto zastosować techniki jakościowe. Stosuje się je w celu przygotowania badań ilościowych (np. opracowując ankietę do badań szkolnych) lub pogłębienia wyników badania ilościowego. W tym drugim przypadku, jeśli np. odnotowaliśmy wzrost konsumpcji piwa, na podstawie rozmów z użytkownikami piwa możemy dowiedzieć się, jakie są tego powody. Metody jakościowe są również stosowane, jeżeli nie przeprowadzaliśmy badań ilościowych wśród młodzieży lub dorosłych, a chcielibyśmy pogłębić i uzupełnić obraz zjawiska, jaki otrzymaliśmy na podstawie danych ilościowych zebranych w gminie. Metody jakościowe mogą dać nam wiele interesujących informacji, a równocześnie umożliwiają przeprowadzenie analizy i weryfikację hipotez.

Oprócz wykorzystania technik badawczych możemy przeprowadzić rozmowy z kluczowymi osobami.

W opracowaniu diagnozy najczęściej stosowane są następujące techniki:

- wywiady indywidualne,
- wywiady grupowe,
- obserwacja uczestnicząca,
- analiza SWOT².

² Za Wikipedia: SWOT – popularna heurystyczna technika służąca do porządkowania i analizy informacji. Nazwa jest akronimem od angielskich słów określających cztery elementy składowe analizy (*Strengths* – silne strony, *Weaknesses* – słabe strony, *Opportunities* – szanse, okazje i *Threats* – zagrożenia).

1.6. Analiza danych

Zebrane dokumenty analizujemy pod kątem interesujących nas kluczowych obszarów, takich jak np. używanie substancji psychoaktywnych w populacji generalnej, zgony z powodu używania narkotyków, leczenie z powodu alkoholu, działania z obszaru profilaktyki. Zastanawiamy się także, jakie inne informacje są kluczowe w świetle lokalnych potrzeb. Musimy też ustalić, czy zebrane dane mają charakter ilościowy czy jakościowy, oraz sprawdzić, czy istnieje możliwość zróżnicowania informacji ze względu na wiek użytkownika, płeć oraz inne zmienne. W efekcie należy wyciągnąć z analizy istniejących danych wnioski, aby otrzymać jak najlepszy obraz problemów uzależnień oraz podejmowanych działań na poziomie lokalnym. Zbierając dane od instytucji, warto odwiedzić kluczowe dla nas podmioty, aby uzyskać potrzebne informacje. Zebrane dane z różnych źródeł powinny zostać poddane analizie. Rekomendowane jest zastosowanie w tym celu triangulacji metod, czyli wykorzystanie wielu metod oraz technik badawczych jednocześnie. Dane dotyczące np. dostępności narkotyków z badań ankietowych wśród uczniów można porównać z opinią ekspercką na ten temat uzyskaną z wywiadów z funkcjonariuszami policji oraz danymi dotyczącymi cen narkotyków zebranych np. od policji.

1.7. Kwestie etyczne

Omawiając stosowanie technik ilościowych i jakościowych w monitorowaniu lokalnym (szczególnie jeśli mówimy o pomiarach w niewielkich populacjach), należy pamiętać o podstawowej zasadzie: badanie nie może wpływać na sytuację osób badanych, a zwłaszcza nie może im szkodzić lub naruszać ich interesów. Dlatego też nie należy ujawniać wyników z ankiet na poziomie szkół czy klas. Warto ponadto wspomnieć o wymaganych zgodach w przypadku badania osób niepełnoletnich – zgody te muszą zostać wyrażone zarówno przez opiekunów, jak i dzieci. Kwestie etyczne są istotne dla rzetelności zbieranych danych. Naruszenie zasady anonimowości może doprowadzić do tego, że w kolejnym pomiarze spadek poziomu używania narkotyków czy alkoholu nie będzie efektem zmian w poziomie ich konsumpcji, ale skutkiem braku zaufania do osób prowadzących (nieetycznie potraktowani respondenci nie udzielą po raz drugi szczerych odpowiedzi). Dane otrzymane w wyniku prowadzonych badań powinny być używane zgodnie z przeznaczeniem, czyli wyłącznie do analizy sytuacji na poziomie lokalnym. Niedopuszczalne jest wykorzystywanie badań do porównań między klasami czy szkołami. Dobrym przykładem troski o anonimowość respondentów są badania szkolne ESPAD³. Badania te realizuje osoba spoza szkoły, a wypełnione ankiety uczniowie wkładają w koperty, następnie koperty zaklejają i oddają realizatorowi badania.

³ ESPAD – the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

ROZDZIAŁ II

ZWIĘKSZANIE DOSTĘPNOŚCI POMOCY TERAPEUTYCZNEJ I REHABILITACYJNEJ DLA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU ORAZ NARKOTYKÓW

2.1. Wspieranie placówek leczenia uzależnień

Wśród placówek leczenia uzależnień realizujących programy psychoterapii osób uzależnionych wyróżnia się:

- poradnie leczenia uzależnień (poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, poradnia leczenia uzależnień, poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych, poradnie terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży);
- oddziały dzienne leczenia uzależnień (dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu, dzienny oddział leczenia uzależnień, dzienny oddział terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych);
- oddziały całodobowe leczenia uzależnień, w tym oddziały podwójnych diagnoz (całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu, całodobowy oddział leczenia uzależnień, całodobowy oddział terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych, całodobowy długoterminowy oddział rehabilitacji dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, całodobowy długoterminowy oddział rehabilitacji dla dzieci i młodzieży uzależnionych od substancji psychoaktywnych),
- placówki leczenia uzależnień, w których nie są realizowane programy psychoterapii osób uzależnionych;
- oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych oraz oddziały leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacja) – w oddziałach detoksykacyjnych realizowane są świadczenia zdrowotne z zakresu detoksykacji oraz motywowanie do podjęcia psychoterapii uzależnienia,
- hostele dla osób uzależnionych od alkoholu oraz hostele dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych – w hostelu realizowany jest pobyt osób uzależnionych w chronionych warunkach mieszkalnych, połączony z programem postrehabilitacyjnym, kierowanym najczęściej do osób po ukończonym procesie leczenia uzależnienia (tj. po ukończonej psychoterapii uzależnienia), utrzymujących abstynencję. Program postrehabilitacyjny opiera się np. na zajęciach utrwalających efekty psychoterapii uzależnienia, grupach zapobiegania nawrotom, aktywizacji zawodowej.

Wybór działań, jakie samorząd gminy podejmie na rzecz wspierania placówek leczenia uzależnień, powinien być ściśle związany z wynikami diagnozy lokalnych potrzeb w zakresie leczenia uzależnień (patrz rozdział I). W procesie dobierania odpowiedniego wsparcia dla placówek leczenia uzależnień na terenie gminy, w szczególności powinny być wzięte pod uwagę następujące dane:

- liczba pacjentów w placówkach leczenia uzależnień (osób uzależnionych oraz używających szkodliwie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych oraz ich bliskich) oraz ich charakterystyka (wiek, płeć, wykształcenie);
- dostępność świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzależnień (okres oczekiwania na wejście do programu leczenia w poradni leczenia uzależnień lub na miejsce w dziennym lub całodobowym oddziale leczenia uzależnień, czas pracy poradni);
- jakość opieki terapeutycznej (poradnictwo vs. programy psychoterapii uzależnień, indywidualizacja ofert terapeutycznych, liczba zatrudnionych osób posiadających certyfikaty specjalisty psychoterapii uzależnień);
- kompleksowość i intensywność opieki terapeutycznej (rodzaje terapii: realizacja głównie podstawowego programu terapii uzależnienia i brak albo zaledwie fragmenty programu ponadpodstawowego, utrwalającego zmianę czy programu dalszego zdrowienia – terapii pogłębionej);
- dostępność do programów ograniczania picia alkoholu/ograniczania używania substancji psychoaktywnych oraz programów redukcji szkód.

Jeśli na terenie gminy działa placówka leczenia uzależnienia, zadaniem samorządu terytorialnego jest udzielenie jej takiego wsparcia, które zapewni realizację efektywnych oddziaływań psychoterapeutycznych, w tym programów psychoterapii uzależnienia i współuzależnienia. Jeżeli na terenie gminy nie ma tego typu placówki, samorząd terytorialny powinien zapewnić dostęp mieszkańcom do świadczeń oferowanych przez placówkę najbliższą zlokalizowaną poprzez wdrożenie tych z niżej wymienionych działań rekomendowanych, które mogłyby podnieść efektywność świadczonych przez nią usług. Gdy zbyt duża odległość do najbliższej placówki nie pozwala mieszkańcom gminy na podjęcie regularnej terapii, należy rozważyć możliwość utworzenia takiej placówki samodzielnie (gminy powyżej 25 tys. mieszkańców) lub w porozumieniu z innymi gminami.

Nie rekomenduje się finansowania ze środków gminnego programu przejazdu osób uzależnionych do placówek leczenia uzależnienia. O środki na ten cel osoby uzależnione mogą się starać w ośrodku pomocy społecznej, na podstawie art. 36 pkt 2 lit. b w związku z art. 17 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U. z 2021 r. poz. 2286, z późn. zm., dalej jako: ustawa o pomocy społecznej), zgodnie z którym do obowiązkowych zadań własnych gminy z zakresu pomocy społecznej należy przyznawanie zasiłków celowych w formie biletu kredytowanego. Środki w ramach realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych nie mogą być przeznaczone na finansowanie pomocy materialnej dla osób uzależnionych oraz członków ich rodzin. Jest to zadanie placówek pomocy społecznej.

Przekazywanie środków publicznych podmiotom prowadzącym działalność leczniczą przez jednostki samorządu terytorialnego

Zgodnie z art. 26 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leczenie osoby uzależnionej od narkotyków prowadzi podmiot leczniczy lub lekarz wykonujący zawód w ramach praktyki zawodowej.

Natomiast art. 21 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi zawęża krąg podmiotów, które mogą prowadzić leczenie osób uzależnionych od alkoholu jedynie do podmiotów leczniczych. Oznacza to, że zgodne z prawem będzie przekazywanie środków publicznych jedynie podmiotom leczniczym, nie zaś na przykład osobom prowadzącym pielęgniarzką lub lekarską praktykę zawodową czy też podmiotom niewpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm., dalej jako: ustawa o działalności leczniczej), podmiotami leczniczymi są: przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 roku – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2021 r. poz. 162), we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej;

- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej;
- jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej;
- instytuty badawcze;
- fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej;
- posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa w powyższym punkcie;
- osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów ustaw: o stosunku państwa do Kościoła katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania;
- jednostki wojskowe:
 - w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

W zależności od przedmiotu finansowania jednostki samorządu terytorialnego mogą przekazywać podmiotom leczniczym środki finansowe na podstawie przepisów dwóch ustaw:

- ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej lub
- ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm., dalej jako: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Przekazywanie środków publicznych podmiotom prowadzącym działalność leczniczą na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej

Zgodnie z art. 114 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne z przeznaczeniem na:

- realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań;
- remonty;
- inne niż określone w pkt. 1 inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego;
- realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) lub innych niż wymienione środki pochodzących ze źródeł zagranicznych, niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
- cele określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych;
- realizację programów wieloletnich;
- pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne.

Jednocześnie, zgodnie z ww. ustawą, finansowanie trzech pierwszych ze wskazanych powyżej zadań odbywa się w zakresie, w jakim realizacja tych zadań służy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Oznacza to, że kryterium przekazywania środków nie jest publiczny lub niepubliczny charakter danego podmiotu leczniczego, a jedynie fakt, że realizuje on świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. Decydując zatem o przekazaniu środków publicznych danemu podmiotowi, gmina musi kierować się tym, czy dany podmiot wykonuje świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych dla jej mieszkańców.

Przekazanie środków finansowych na zadania wymienione w pkt. 1 oraz 4–7 następuje w formie umowy zawartej z danym podmiotem, a w przypadku zadań wskazanych w pkt. 1–6, następuje w formie dotacji.

Zgodnie z art. 5 pkt 29a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez program polityki zdrowotnej należy rozumieć zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej, ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawie stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego. Zgodnie z art. 48a ust. 4 ww. ustawy projekt programu polityki zdrowotnej jest przekazywany do Agencji Oceny Technologii Medycznych

i Taryfikacji w celu jego zaopiniowania. Agencja sporządza opinię w sprawie projektu programu polityki zdrowotnej w terminie 2 miesięcy od dnia jego otrzymania. Programy te nie muszą mieścić się w zakresie świadczeń gwarantowanych w rozumieniu tej ustawy.

Przekazywanie środków publicznych podmiotom prowadzącym działalność leczniczą na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zasady finansowania świadczeń gwarantowanych przez jednostki samorządu terytorialnego dla mieszkańców wspólnoty samorządowej określają art. 9a i 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Warto zaznaczyć, że z dniem 1 stycznia 2022 roku art. 9a powyższej ustawy uległ zmianie. Ustawa z dnia 20 maja 2021 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1292) wprowadza następujące brzmienie przepisu: „Art. 9a. W celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności mapę potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1, wojewódzki plan transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1, oraz dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane”. Zmiany te są związane z modyfikacją systemu opracowania i wdrażania map potrzeb zdrowotnych. Na podstawie przepisów ustawy o działalności leczniczej jednostki samorządu terytorialnego mogą przekazywać podmiotom leczniczym dotacje na ściśle określony cel, w tym inwestycje w nieruchomości, zakup aparatury medycznej, kształcenie kadry medycznej oraz prowadzenie programów profilaktycznych. Natomiast zgodnie z art. 9a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Omawiane przepisy przyznają zatem jednostkom samorządu terytorialnego kompetencję do finansowania zakupu świadczeń gwarantowanych dla członków swojej wspólnoty samorządowej.

Zakres świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzależnień wyznacza rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. poz. 1285 z późn. zm., dalej jako: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień). Ustawa o działalności leczniczej przewiduje, że omawiane finansowanie będzie się odbywać na podstawie umowy zawieranej pomiędzy jednostką samorządu terytorialnego a podmiotem leczniczym, przy czym pierwszeństwo zawierania takich umów przyznaje podmiotom leczniczym, dla których ta jednostka jest podmiotem tworzącym lub podmiotem leczniczym, będącym spółką kapitałową, w której jest jedynym albo większościowym udziałowcem, albo akcjonariuszem (art. 9b).

Dopiero w przypadku, gdy na terenie danej jednostki samorządu terytorialnego nie byłoby podmiotu leczniczego, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie, dla którego ta jednostka jest podmiotem tworzącym lub podmiotem leczniczym, będącym spółką kapitałową, w której jest jedynym albo większościowym udziałowcem, albo akcjonariuszem lub też taki podmiot leczniczy nie dysponowałby odpowiednim zapleczem (sprzętem i aparaturą medyczną lub personelem) dla realizacji określonych świadczeń, czy też z innych powodów, umowa z tym podmiotem leczniczym nie mogłaby zostać zawarta, jednostka ta będzie uprawniona do zawierania umów z „zewnętrznymi” podmiotami, wykonującymi działalność leczniczą, funkcjonującymi na terenie tej jednostki, wyłonionymi w konkursie ofert.

Aby nie dochodziło do podwójnego finansowania tych samych świadczeń gwarantowanych zarówno przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jak i jednostkę samorządu terytorialnego, ustawa dopuszcza finansowanie przez jednostki samorządu terytorialnego świadczeń będących przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jedynie w zakresie wykraczającym poza kwotę zobowiązania, określoną w umowie (tzw. nadlimity). Ponadto nakłada obowiązek informowania przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, będący jednocześnie świadczeniodawcą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia o zawarciu takiej umowy z jednostką samorządu terytorialnego oraz obowiązek przekazywania kopii dokumentacji rozliczeniowej prowadzonej z tą jednostką.

Jednym ze sposobów, w jakie samorządy gmin wspierają placówki leczenia uzależnień, jest sfinansowanie dodatkowych etatów terapeutycznych w placówkach. Należy przyjąć, że osoba zatrudniona w podmiocie leczniczym za pieniądze pochodzące z dotacji gminy nie powinna wykonywać świadczeń zakontraktowanych z Narodowym Funduszem Zdrowia, bowiem stwarza to zagrożenie podwójnego finansowania tych samych świadczeń. KCPU rekomenduje jednostkom samorządu terytorialnego zakup dodatkowych świadczeń gwarantowanych w trybie wskazanym w art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do realizacji których podmiot leczniczy powinien zatrudnić dodatkowych terapeutów.

Należy podkreślić, że ustawa nie nakłada na jednostki samorządu terytorialnego obowiązku finansowania świadczeń gwarantowanych dla członków swojej wspólnoty, a jedynie przyznaje im taką możliwość.

Warto także zauważyć, że odmiennie niż ma to miejsce w przypadku finansowania przez jednostki samorządu terytorialnego programów polityki zdrowotnej, przekazywanie środków finansowych na realizację przez podmioty lecznicze świadczeń gwarantowanych w trybie wskazanym w art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie wymaga uzyskania opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

2.1.1. Działania rekomendowane do realizacji w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w placówkach leczenia uzależnień

Programy psychoterapii uzależnień dla osób dorosłych

Skuteczność leczenia uzależnienia zależy w dużym stopniu od nieprzerwanego zaangażowania pacjentów w proces leczenia trwający do 24 miesięcy. Nie tylko czas trwania, ale przede wszystkim obszary pracy terapeutycznej decydują o kompleksowości i ciągłości opieki.

W placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu na całość leczenia najczęściej składa się:

- program podstawowy, trwający od 6 do 8 tygodni w oddziałach całodobowych i dziennych lub ok. 6 miesięcy w placówkach ambulatoryjnych, którego celem jest rozpoznanie uzależnienia, zbudowanie motywacji do leczenia i podjęcia nauki życia na trzeźwo; program ma formę oddziaływań grupowych oraz indywidualnych;
- programy ponadpodstawowe (realizowane w placówkach ambulatoryjnych): utrwalające zmianę i dalszego zdrowienia (pogłębiony), trwające od czasu ukończenia programu podstawowego, od 12 do 18 miesięcy, których celem jest nauka zapobiegania nawrotom czynnego uzależnienia, nauka radzenia sobie bez substancji z emocjami, z relacjami, z zadaniami życiowymi oraz rozwój osobisty; programy te mają formę oddziaływań grupowych oraz indywidualnych.

W placówkach leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol program terapii nie zawsze ma tak wyraźną strukturę i jest ustalany w zależności od występujących u pacjentów zaburzeń związanych z używaniem substancji oraz zasobów pacjentów. Czas trwania leczenia w trybie całodobowym wynosi w ośrodkach krótko- i średnioterminowych od 10 do 32 tygodni natomiast w ośrodkach długoterminowych zwykle do 12 miesięcy. Z wyjątkiem specyficznych, ustrukturalizowanych programów jak np. program Candis, skierowany do osób uzależnionych od przetworów konopi indyjskich, w którym określona jest z góry liczba sesji na 10 i gdzie wiadomo, że przy średnio jednej sesji w tygodniu program taki powinien trwać ok. 10 tygodni, czas trwania terapii w poradniach zwykle nie jest z góry określony. W realizowanych w poradniach terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych programy leczenia substytucyjnego zakłada się, iż większość pacjentów korzystać będzie z programu do końca życia.

Kierownicy placówek leczenia uzależnienia i jednostki samorządu terytorialnego powinni dążyć do sytuacji, w której placówki leczenia uzależnienia będą realizowały kompleksowy, spójny program terapeutyczny. Program ten, wraz z wyodrębnionymi celami dla każdego etapu terapii, określonymi typami zajęć i wskazanymi metodami osiągnięcia celów, powinien być dostępny w formie pisemnej w każdej placówce. Powinien także dostarczyć czytelnych informacji, jakiego typu zajęcia i w jakiej liczbie są przewidziane dla każdego pacjenta oraz kto (chodzi o określone kwalifikacje pracowników) będzie je realizował.

Zgodnie z art. 22 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi zarządy WOTUW-ów, które, poza leczeniem pacjentów, mają dodatkowe zadania, między innymi –

ocenę jakości świadczeń z zakresu leczenia uzależnienia udzielanych na terenie województwa czy monitorowanie funkcjonowania placówek leczenia uzależnienia od alkoholu w zakresie dostępności świadczeń. Oznacza to, że WOTUW-y mogą służyć samorządom gminnym pomocą w ocenie zasobów i potrzeb lecznictwa odwykowego.

Rekomenduje się zakup świadczeń grupowych oraz świadczeń indywidualnych (sesje indywidualne), w tym zakup świadczeń w ramach ponadpodstawowego programu terapii uzależnienia lub elementów brakujących do programu podstawowego, ponadpodstawowego i pogłębionego, tak aby pacjenci otrzymali zindywidualizowaną i kompleksową, a nie tylko podstawową ofertę leczenia.

Programy terapii dla młodzieży uzależnionej i zagrożonej uzależnieniem

Praktyka terapeutyczna wskazuje na rosnące zapotrzebowanie na ofertę terapii dla młodzieży używającej alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Młodzi ludzie nie mogą być leczeni razem z osobami dorosłymi, a programy terapii dla młodzieży nie mogą opierać się na tych samych założeniach co programy terapii dla osób dorosłych, tym bardziej że większość pijących alkohol czy biorących narkotyki młodych ludzi nie jest uzależniona.

Młodzież wymaga innego podejścia niż dorośli, uwzględnienia w programie specyfiki wieku rozwojowego, uczenia konstruktywnego zagospodarowania wolnego czasu, zapewnienia poczucia przynależności i uczestniczenia w grupach rówieśniczych.

Z terapeutycznego punktu widzenia w pracy z młodymi ludźmi ważne są wyjazdy terapeutyczne, turnusy rehabilitacyjne, zajęcia treningowe. Integralną część programu powinny także stanowić zajęcia edukacyjno-terapeutyczne dla rodziców/opiekunów oraz praca terapeutyczna z całą rodziną.

Programy zdrowotne dla dzieci i młodzieży są mniej dostępne, nierzadko są dłuższe i droższe niż programy dla dorosłych. Warto więc zakupić takie programy lub przynajmniej specyficzne dla nich elementy, np. pracę z rodzicami lub z całym rodzinami czy obozy terapeutyczne.

Oferta dla osób niesłyszących pijących szkodliwie/uzależnionych od alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych

Osoby niesłyszące uzależnione lub zagrożone uzależnieniem mają w Polsce wysoce ograniczoną możliwość skorzystania z oferty terapii w placówkach leczenia uzależnień. Głównym powodem jest bariera komunikacyjna. Specjaliści psychoterapii uzależnień nie mogą postawić diagnozy uzależnienia ani prowadzić terapii, ponieważ nie znają języka migowego. Obecnie osoby głuche mogą korzystać w bardzo ograniczonym zakresie z indywidualnych świadczeń psychoterapeutycznych, o ile zdecydują się (i będą miały szansę) pracować z tłumaczem lub jeśli znają język polski i mogą porozumiewać się z terapeutą pisemnie.

Wobec powyższego KCPU podejmuje działania umożliwiające osobom niesłyszącym dostęp do wsparcia w zakresie zmiany szkodliwych zachowań związanych z używaniem alkoholu. Centrum wspiera funkcjonowanie strony internetowej www.pa-nieslyszacy.info, na której można zna-

leżć informacje w języku migowym na temat problemów alkoholowych i aktualną ofertę pomocy dla osób głuchych z problemami wynikającymi z używania substancji psychoaktywnych.

W celu zwiększenia dostępności oferty terapii dla osób niesłyszących w placówkach leczenia uzależnień rekomenduje się finansowanie usług tłumacza migowego, umożliwiających komunikację osoby głuchej z terapeutą. Jak znaleźć tłumacza języka migowego?

Warto wiedzieć, że funkcjonują dwa języki migowe: Polski Język Migowy oraz System Językowo-Migowy. Pierwszym, naturalnym językiem osoby głuchej jest Polski Język Migowy (PJM). Ma on gramatykę odrębną od gramatyki języka polskiego. Natomiast System Językowo-Migowy (SJM) jest językiem określanym przez osoby głuche jako „sztuczny”. Polega on na tym, że wyrazy w zdaniach wypowiedzianych w języku polskim zastępuje się znakami migowymi. Jednak część osób głuchych nie zna języka polskiego (jest to dla nich język obcy). Próby porozumiewania się z tą grupą osób głuchych za pomocą SJM lub pisanie w języku polskim będą nieefektywne.

WNIOSEK: Dobierając tłumacza dla osoby głuchej, należy dowiedzieć się, jakim językiem posługuje się dana osoba, czy potrzebuje tłumacza PJM czy SJM.

Szukając odpowiedniego tłumacza języka migowego (PJM lub SJM), warto zwrócić się do najbliższego oddziału Polskiego Związku Głuchych (PZG). PZG dysponuje aktualnymi listami tłumaczy z danego regionu. Możliwy jest bezpośredni udział tłumacza w danym spotkaniu lub korzystanie z tłumaczenia online.

Programy ograniczania picia alkoholu

Celem zdecydowanej większości programów terapeutycznych dla osób uzależnionych jest nauczenie pacjenta życia w abstynencji. Trwałą abstynencję należy uznać za cel optymalny (najlepszy dla klienta). Problemem jest to, że znaczna część osób uzależnionych w chwili rozpoczęcia leczenia nie akceptuje tego celu. Jest on również dla nich trudny do osiągnięcia. Dlatego innym celem leczenia może być ograniczanie spożywania alkoholu. Badania i doświadczenia specjalistów pracujących nad ograniczaniem picia osób uzależnionych dowodzą, że część pacjentów po pewnym czasie sama wybiera abstynencję. Ich leczenie jest wówczas znacznie bardziej efektywne niż w sytuacji, gdy uczestniczą w terapii, której cel został im narzucony.

Programy ograniczania picia to oddziaływania indywidualne i/lub grupowe, nakierowane na wypracowanie zdyscyplinowanego wzoru konsumpcji alkoholu, zgodnego z ustalonym wspólnie z terapeutą planem picia, zawierającym zestaw zasad dotyczących używania alkoholu (ilość, częstość, kontekst, czas i miejsce). Są kierowane do osób z rozpoznaniem łagodniejszej formy uzależnienia oraz do osób pijących alkohol szkodliwie.

Rekomenduje się poszerzanie ofert placówek leczenia uzależnienia od alkoholu o programy nakierowane na ograniczenie spożywania alkoholu i zakup takich programów oraz finansowanie szkoleń terapeutów w zakresie umiejętności pracy terapeutycznej ukierunkowanej na ograni-

czanie spożywania alkoholu przez pacjentów. Rekomendacje do tworzenia i realizowania programów ograniczania picia alkoholu w placówkach leczenia uzależnień oraz propozycje programu szkolenia dla realizatorów tej oferty, znajdują się na stronie internetowej www.kcpu.gov.pl.

Program CANDIS dla osób doświadczających problemów z powodu używania marihuany lub haszyszu

CANDIS to indywidualny, krótkoterminowy program terapeutyczny. W programie mogą uczestniczyć osoby powyżej 16. roku życia, które chciałyby ograniczyć lub zrezygnować z używania konopi. Program obejmuje z reguły 10 sesji trwających 90 minut każda, realizowanych w ciągu od 2 do 3 miesięcy i mających charakter indywidualnych rozmów z terapeutą. Program najczęściej realizowany jest w poradnictwie ambulatoryjnym. Może on być realizowany przez odpowiednio przeszkolonych terapeutów. Więcej informacji na stronie <https://candisprogram.pl/>.

Realizatorzy programu Candis mogą ubiegać się o dofinansowanie realizacji programu w ramach konkursu ogłaszanego przez KCPU, jednak zapotrzebowanie na program jest większe niż zasoby finansowe, które Centrum może przeznaczyć w ramach konkursu. Rekomenduje się zakup przez samorząd gminy program Candis do realizacji w zależności od wyników diagnozy lokalnych potrzeb i zasobów.

Programy pomocy psychologicznej i psychoterapii dla osób doświadczających przemocy i osób stosujących przemoc domową

W rodzinach z problemem uzależnienia nierzadko dochodzi do przemocy. Osoby uzależnione mogą stosować przemoc, a także doświadczać przemocy. Dlatego niezwykle istotne jest, aby w placówkach leczenia uzależnień była prowadzona wstępna diagnoza zjawiska przemocy domowej u wszystkich nowych pacjentów (uzależnionych oraz ich bliskich). Niektóre placówki mają w swojej ofercie programy terapii dla osób stosujących przemoc oraz programy terapii dla osób doświadczających przemocy domowej. Gmina powinna wspierać finansowo zakup takich programów, a także wyposażać biblioteczki placówek w publikacje o tematyce przemocy oraz zadbać o przeszkolenie w tym kierunku wybranych pracowników leczących osoby uzależnione.

Programy redukcji szkód

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) cele leczenia nie mogą ograniczać się do abstynencji. Traktowanie abstynencji jako jedynego celu leczenia może utrudniać osiągnięcie innych ważnych celów⁴. Dlatego też w wielu przypadkach ważne jest, aby na terenie gminy była alternatywna oferta pomocowa, czyli programy redukcji szkód.

Programy redukcji szkód to oddziaływania indywidualne lub grupowe, których celem jest ograniczenie szkód zdrowotnych, psychologicznych i społecznych, wynikających ze spożywania substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu oraz poprawa funkcjonowania psychospołecz-

⁴ Stanowisko WHO/UNODC/UNAIDS: Leczenie substytucyjne w leczeniu uzależnienia od opioidów i profilaktyka HIV/AIDS, 2004. WHO/UNODC/UNAIDS position paper Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention, 2004.

nego pacjentów. Bezpośrednim celem programów nie jest zatem abstynencja ani ograniczenie konsumpcji substancji, lecz zmniejszenie konsekwencji wynikających z intensywnego, długotrwałego uzależnienia. Jest to oferta skierowana do osób głęboko uzależnionych, w przewlekłej fazie choroby, wielokrotnie leczonych w programach nastawionych na całkowitą abstynencję i mających trudności z jej utrzymaniem. Poprzez uczestnictwo w programie osoba uzależniona ma szansę na poprawę zdrowia, zwiększenie zdolności radzenia sobie w życiu, rozwiązanie najistotniejszych problemów społeczno-bytowych, a co za tym idzie – poprawę jakości życia.

Programy redukcji szkód nie mają ograniczonych ram czasowych. Czas opieki ustalany jest indywidualnie w zależności od potrzeb i okoliczności życiowych pacjenta. Programy te mogą być realizowane we współpracy z placówkami pomocy społecznej, organizacjami pozarządowymi i dofinansowane przez samorządy gmin jako niskoprogowa forma pomocy osobom ciężko uzależnionym, które nie kwalifikują się ani do programów nakierowanych na abstynencję, ani do programów ograniczania spożywania alkoholu.

Zalecenia do tworzenia i realizowania programów redukcji szkód w placówkach leczenia uzależnień znajdują się na stronie internetowej www.kcpu.gov.pl.

Opis pozostałych działań z zakresu redukcji szkód, realizowanych zwykle poza placówkami leczenia uzależnień, znajduje się w podrozdziale 2.2. Zwiększanie dostępności działań na rzecz osób z problemowo używających substancji oraz osób uzależnionych, poza placówkami leczenia uzależnień.

2.1.2. Rekomendowane formy dofinansowania placówek leczenia uzależnień w zakresie kształcenia pracowników

Dofinansowywanie kształcenia pracowników placówek

Gmina powinna dofinansowywać szkolenia terapeutów odbywające się w ramach zdobywania i podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników placówek leczenia uzależnień. Szczególnie istotne jest uczestnictwo w programie szkolenia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień. Stosowaną w tym przypadku podstawą prawną dofinansowania jest zapis w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii.

Szkolenia w zakresie uzyskania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień oraz dyplomu w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień

Zespół terapeutyczny powinien mieć charakter interdyscyplinarny i składać się ze specjalistów psychoterapii uzależnień, lekarzy, psychologów, psychoterapeutów oraz instruktorów terapii uzależnień. W całodobowych oddziałach terapeutycznych lub w oddziale leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych w skład zespołu terapeutycznego wchodzi także pielęgniarki, a niekiedy również pracownicy socjalni.

Odrębne miejsce w zespole zajmuje psycholog, którego zadaniem jest dokonywanie pogłębionej diagnozy psychologicznej, podejmowanie interwencji kryzysowych oraz udzielanie pomocy psychologicznej.

Zadaniem psychoterapeutów (osób posiadających certyfikaty Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego lub mających zaświadczenia o ukończeniu różnych szkół w zakresie psychoterapii) jest przede wszystkim praca z rodziną osób uzależnionych, dorosłymi dziećmi alkoholików (DDA) oraz praca z osobami uzależnionymi w pogłębionych programach psychoterapii (programach dalszego zdrowienia).

Instruktor terapii uzależnień nie prowadzi psychoterapii osób uzależnionych ani ich bliskich, lecz wykonuje określone świadczenia zdrowotne w procesie leczenia osób uzależnionych: udziela porad i prowadzi wybrane sesje terapii grupowej. Instruktor terapii uzależnień pracuje pod merytorycznym nadzorem specjalisty psychoterapii uzależnień.

Wobec licznych sytuacji nieprawidłowego używania w dokumentacji medycznej i na pieczętkach terapeutów tytułów zawodowych specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień wyjaśniamy, że:

- Specjalista psychoterapii uzależnień to osoba, która posiada certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień nadany przez dyrektora Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (zwanej dalej PARPA) lub dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (zwanego dalej KBPN), lub dyrektora KCPU.
- Instruktor terapii uzależnień to osoba, która posiada certyfikat instruktora terapii uzależnień nadany przez dyrektora PARPA lub dyrektora KBPN, lub dyrektora KCPU.
- Osoba w trakcie zdobywania kwalifikacji specjalisty psychoterapii uzależnień posiada zaświadczenie wydane przez dyrektora PARPA lub dyrektora KBPN, lub dyrektora KCPU potwierdzające status osoby uczestniczącej w programie szkolenia prowadzącego do uzyskania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień.
- Osoba w trakcie zdobywania certyfikatu instruktora terapii uzależnień posiada zaświadczenie wydane przez dyrektora PARPA lub dyrektora KBPN, lub dyrektora KCPU potwierdzające status osoby uczestniczącej w programie szkolenia prowadzącym do uzyskania certyfikatu instruktora terapii uzależnień.

Osoby, które nie mają certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień, nie mają prawa posługiwać się tymi tytułami zawodowymi, niezależnie od poziomu ich zaawansowania w programie szkolenia. Nie mogą też pracować samodzielnie. Ich pracę nadzorują certyfikowani specjaliści psychoterapii uzależnień.

Ustawa z dnia 17 grudnia 2021 roku o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym i niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 2469), wprowadziła specjalizację w dziedzinie psychoterapii uzależnień, któ-

ra prowadzona będzie zgodnie z przepisami ustawy z dnia 24 lutego 2017 roku o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U poz. 599, z późn. zm.). Aktualnie trwają prace nad przygotowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego. Jednostką, która przejmuje obowiązki podmiotu nadzorującego szkolenie jest Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, którego dyrektor będzie udzielał akredytacji do prowadzenia szkoleń podmiotom zewnętrznym. KCPU niezwłocznie zamieści na swojej stronie internetowej informację o uruchomieniu szkoleń specjalizacyjnych.

W związku z wprowadzeniem specjalizacji w dziedzinie psychoterapii uzależnień zamknięte zostały nabory studentów na szkolenia w ścieżkach szkoleniowych prowadzonych dotychczas przez KBPN oraz przez PARPA. Szkolenia te mogą być kontynuowane jedynie przez osoby będące w ich trakcie, natomiast egzaminy dla kandydatów na specjalistów psychoterapii uzależnień oraz instruktorów terapii uzależnień będą przeprowadzane przez KCPU odpowiednio:

- w ścieżce szkolenia prowadzonej dotychczas przez PARPA do końca 2024 roku;
- w ścieżce szkolenia prowadzonej dotychczas przez KBPN do końca 2025 roku.

Certyfikaty specjalisty psychoterapii uzależnień oraz instruktora terapii uzależnień, wydane przez dyrektora PARPA lub dyrektora KBPN, lub dyrektora KCPU, zachowują swoją moc. Zapisy ustawy z dnia 17 grudnia 2021 roku o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym i niektórych innych ustaw stanowią, że certyfikaty specjalisty psychoterapii uzależnień wydane przez dyrektora PARPA lub dyrektora KBPN lub dyrektora KCPU są równoważne z dyplomem specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień.

2.1.3. Inne rekomendowane formy dofinansowania placówek leczenia uzależnień

Dofinansowanie doskonalenia zawodowego pracowników placówek leczenia uzależnień

Poza udziałem w obowiązkowych szkoleniach prowadzących do uzyskania certyfikatów, terapeutów uzależnień, psychologów oraz lekarzy powinni uczestniczyć w konferencjach, szkoleniach, treningach, warsztatach doskonalących ich umiejętności zawodowe. Jest to szczególnie ważne wobec dynamicznie rozwijającej się wiedzy w obszarze leczenia uzależnień. KCPU rekomenduje dofinansowanie przez samorząd terytorialny doskonalenia zawodowego pracowników placówek leczenia uzależnienia.

Finansowanie superwizji klinicznej terapeutów oraz zespołów terapeutycznych w placówkach leczenia uzależnień

Ważnym aspektem jest także zapewnienie zespołowi terapeutycznemu dostępu do systematycznej superwizji. Superwizję mogą prowadzić osoby wpisane na listę osób uprawnionych do prowadzenia superwizji klinicznej do celów szkoleniowych, jak również superwizorzy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Superwizorzy ww. towarzystw mogą być szczególnie przydatni do superwizowania pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi na bardziej zaawansowanych etapach terapii, pracy z członkami rodzin

osób uzależnionych oraz osobami uzależnionymi ze współwystępującymi innymi zaburzeniami psychicznymi.

Rekomenduje się finansowanie superwizji pracy terapeutów w placówce leczenia uzależnień. Superwizja jest najlepszą formą doskonalenia zawodowego oraz przeciwdziałania niewłaściwym praktykom klinicznym i naruszeniom zasad etyki zawodowej terapeutów.

Dofinansowanie pracy konsultanta programu terapeutycznego

W przypadku zespołu składającego się z osób dopiero rozpoczynających zdobywanie kwalifikacji zawodowych, zwłaszcza w placówce, w której nie ma opracowanego programu terapeutycznego, użyteczne jest sfinansowanie usług konsultacyjnych specjalisty psychoterapii uzależnień, mającego doświadczenie w kierowaniu placówką leczenia uzależnień i wdrażaniu programów terapeutycznych. Konsultant pomoże stworzyć program terapeutyczny i przygotować zespół placówki do jego realizacji.

Konsultant powinien posiadać następujące kwalifikacje:

- certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień lub dyplom specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień;
- doświadczenie na stanowisku kierowniczym w placówce terapii uzależnień;
- doświadczenie w udzielaniu konsultacji placówkom terapii uzależnień.

Dofinansowanie remontu i adaptacji placówek

Warunkiem niezbędnym do efektywnego prowadzenia terapii jest posiadanie lokalu wyposażonego w odpowiednią liczbę sal do sesji psychoterapii grupowej i gabinetów do prowadzenia sesji psychoterapii indywidualnej. Podstawą w tym zakresie powinno być posiadanie co najmniej dwóch sal do terapii grupowej i dwóch gabinetów do spotkań indywidualnych oraz pokoju do rejestracji, pokoju dostosowanego do badań lekarskich, a także oddzielnych sanitariatów dla personelu i pacjentów, w tym toalety dostosowanej do potrzeb osób z niepełnosprawnością. Pomieszczenia powinny spełniać normy określone ogólnymi przepisami dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Z uwagi na charakter oddziaływań psychoterapeutycznych wnętrza placówek powinny być czyste, estetyczne, wyposażone w meble i sprzęt przydatny do prowadzenia psychoterapii. Układ pomieszczeń musi zapewniać pacjentom dyskrecję i komfort psychiczny, a ich liczba i wyposażenie w całodobowym oddziale terapii uzależnienia od alkoholu muszą być zgodne z ogólnymi przepisami dla oddziałów całodobowych. Oznacza to m.in. zadbanie o właściwy poziom higieny, zapewnienie zaplecza do realizacji niezbędnych świadczeń medycznych, posiadanie odpowiednio dużych powierzchni mieszkalnych.

W ramach zadań gminnego programu rekomenduje się dofinansowywanie remontu i adaptacji placówek w celu dostosowania warunków materialnych i lokalowych do prowadzenia terapii, w tym zapewnienie odpowiedniej liczby sal do prowadzenia terapii indywidualnej i grupowej.

Wszystkie placówki leczenia uzależnienia (ambulatoryjne i całodobowe) powinny być dostosowane do przyjęcia pacjentów z niepełnosprawnością fizyczną.

Doposażenie placówek leczenia uzależnień

Do realizacji zadań statutowych placówki leczenia uzależnienia potrzebne jest wyposażenie placówki w podstawowe meble oraz sprzęt, jak np.: kserokopiarka, telewizor, odtwarzacz DVD, dyktafon, materace, tablice, kamera do nagrywania sesji i inne. Ze względu na konieczność monitorowania efektów terapii, jak również na prawidłowe prowadzenie rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz z innymi świadczeniodawcami niezbędne jest posiadanie przez placówkę komputerów i dostępu do Internetu. Dlatego też KCPU rekomenduje dofinansowywanie wyposażenia placówek w niezbędne meble oraz sprzęty.

Zakup materiałów edukacyjnych dla pacjentów i terapeutów w placówce

Zarówno doskonalenie zawodowe terapeutów, jak i praca terapeutyczna z pacjentami uzależnionymi oraz ich rodzinami wymagają korzystania z materiałów edukacyjnych: książek, broszur, ulotek, czasopism. Rekomenduje się systematyczne nabywanie materiałów edukacyjnych na rzecz placówek leczenia uzależnień. Dostęp do współczesnej literatury ułatwia pracę terapeutyczną, uatrakcyjnia przekaz edukacyjny i tym samym czyni go bardziej skutecznym.

Tworzenie nowej placówki leczenia uzależnień przez gminę lub związek gmin

W miastach liczących powyżej 25 tys. mieszkańców oraz tam, gdzie czas dojazdu mieszkańców do poradni publicznym środkiem transportu przekracza 1 godzinę, warto, aby rada gminy (związek gmin) rozważyła pomysł utworzenia ambulatoryjnej placówki terapii uzależnienia. W ramach realizacji ww. zadania rekomenduje się dofinansowanie remontu lub adaptacji budynku, przystosowanie i wyposażenie pomieszczeń do grupowych oraz indywidualnych zajęć terapeutycznych, dofinansowanie szkoleń pracowników oraz sfinansowanie usług konsultanta, który będzie nadzorował tworzenie programu terapeutycznego i jego realizację. Należy zaznaczyć, że zapisy ustawy o działalności leczniczej dopuszczają pełnienie przez jednostkę samorządu terytorialnego funkcji organu tworzącego placówkę. Zgodnie z art. 6 ust. 2 ww. ustawy może być ona utworzona jedynie w formie jednostki budżetowej, spółki kapitałowej bądź samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Podkreślić należy, że utworzenie podmiotu leczniczego musi być poprzedzone uzyskaniem pozytywnej opinii o celowości inwestycji, o której mowa w art. 95d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2.2. Zwiększanie dostępności działań na rzecz osób z problemowo używających substancji oraz osób uzależnionych, poza placówkami leczenia uzależnień.

2.2.1. Działania rekomendowane do realizacji w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii

Wspieranie działań na rzecz rozwiązywania problemów alkoholowych w domach pomocy społecznej

Część mieszkańców domów pomocy społecznej zwanych dalej „DPS” spożywa alkohol szkodliwie lub jest od niego uzależniona. Stwarza to poważne problemy dla współmieszkańców oraz dla personelu tych placówek. Osoby zatrudnione w DPS-ach zwykle nie mają ani wystarczającej wiedzy, ani umiejętności w zakresie rozpoznawania problemów alkoholowych swoich podopiecznych i prowadzenia interwencji motywujących do zmiany zachowań związanych ze spożywaniem alkoholu. Z tego powodu rekomenduje się gminom finansowanie szkoleń dla pracowników DPS-ów z zakresu rozpoznawania problemów alkoholowych, motywowania osób spożywających alkohol szkodliwie do ograniczenia lub zaprzestania picia, zaś osób uzależnionych do podjęcia leczenia uzależnienia, a także wspierania abstynencji osób, które ukończyły terapię w placówkach leczenia uzależnień i powróciły do swoich placówek opiekuńczych. Samorząd gminy może też finansować dyżury terapeutów, którzy mogą w DPS-ach konsultować osoby pijące problemowo, prowadzić grupy wsparcia dla osób uzależnionych, które ukończyły leczenie w całodobowych oddziałach terapii oraz realizować zajęcia dla tych mieszkańców, którzy z racji niepełnosprawności nie mogą skorzystać z pomocy placówek leczenia uzależnień.

Aktualnie w polskich domach pomocy społecznej działają dwa oddziały dla osób uzależnionych od alkoholu: w Pleszewie i Krakowie. Pobyt mieszkańców na tych oddziałach jest czasowy, tzn. po zakończeniu programu mieszkańcy wracają do swoich macierzystych domów, ewentualnie do środowiska lub innych domów pomocy. Na oddziałach dla osób uzależnionych od alkoholu, poza „standardową” ofertą domu pomocy społecznej, są realizowane zajęcia rehabilitacyjno-terapeutyczne. Celem programu jest podniesienie poziomu adaptacji i satysfakcji z życia mieszkańców DPS-u, a na jednym z etapów jego realizacji pracuje się nad zmianą wzoru spożywania alkoholu. Efekty programów rehabilitacji realizowanych w obu tych oddziałach pozwalają rekomendować wprowadzenie tych programów w innych domach pomocy społecznej.

Warto dodać, że osoby przebywające w DPS niekiedy doświadczają także problemów wynikających z nadużywania leków, w szczególności z grupy benzodiazepin. Dlatego szkolenia kierowane do pracowników DPS powinny uwzględniać ten aspekt problemu używania innych niż alkohol substancji psychoaktywnych.

Zapobieganie problemom wynikającym z picia alkoholu przez osoby starsze

Picie alkoholu przez osoby starsze pociąga za sobą zdecydowanie większe ryzyko szkód zdrowotnych w porównaniu z ryzykiem, jakie niesie za sobą spożywanie alkoholu przez osoby młod-

sze. Osoby starsze są zatem grupą szczególnego ryzyka. W ich przypadku picie alkoholu może nasilić istniejące problemy zdrowia fizycznego i psychicznego. Optymalnym zaleceniem dla osób starszych w zakresie spożywania alkoholu jest abstynencja, zwłaszcza wtedy, gdy są one chore i przyjmują jakiegokolwiek leki.

Rozpoznawanie problemów alkoholowych osób starszych może być trudne z wielu powodów. Lekarze nie pytają rutynowo o spożywanie alkoholu, uznając, że osoby starsze rzadko piją alkohol problemowo. Pijący w podeszłym wieku i ich bliscy nie wiedzą o zagrożeniach, jakie pociąga za sobą spożywanie alkoholu przez te osoby, więc o tym nie mówią. U starszych osób efekty działania alkoholu mogą być przypisywane innym zaburzeniom, procesowi starzenia się czy skutkom przyjmowania leków. Ponadto osoby starsze są mniej aktywne społecznie, często spożywają alkohol w samotności, a ich picie może pozostawać tajemnicą nawet dla bliskich. Dla wielu osób starszych i ich rodzin nadużywanie alkoholu w podeszłym wieku koliduje z powagą i rozsądkiem (mądrością) przypisywanym starości. W takiej sytuacji picie traktowane jest jako temat tabu i dlatego jest ukrywane zarówno przez osoby starsze, jak i ich bliskich.

Uświadamianie osobom starszym, ich rodzinom i osobom zawodowo opiekującym się osobami starszymi ryzyka spożywania alkoholu w starszym wieku powinno być istotnym tematem edukacji publicznej. Wymaga to nagłaśniania zagrożeń związanych z używaniem alkoholu w starszym wieku, uczenia profesjonalistów (pracowników ochrony zdrowia, pomocy społecznej, działaczy organizacji pozarządowych) umiejętności rozpoznawania wzorów używania alkoholu, motywowania osób starszych do abstynencji lub ograniczenia picia oraz uwzględnienia specyfiki wynikającej z wieku i możliwości starszych pacjentów w leczeniu odwykowym osób z zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu. Samorząd gminy może wspierać finansowo działania kierowane do rosnącej grupy osób starszych.

Programy postrehabilitacyjne i aktywizacja społeczno-zawodowa

Postrehabilitacja to działania kierowane przede wszystkim do osób uzależnionych po ukończonym procesie leczenia, ale także do osób, które nie ukończyły pełnego procesu terapii, jednak utrzymują abstynencję, a także do osób pozostających w trakcie leczenia substytucyjnego. Celem tych działań jest powrót osób uzależnionych do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie, podjęcie pracy, pełnienie ról społecznych, a także utrzymanie efektów terapii.

Programy te realizowane są głównie przez zajęcia zapewniające wsparcie psychologiczne, terapię podtrzymującą (np. w ramach grup zapobiegania nawrotom), naukę usamodzielniania się (nauka zawodu, uzupełnianie braków w wykształceniu itp.). Działania te realizowane są w hostelach i mieszkaniach readaptacyjnych, a także w placówkach ambulatoryjnych.

Rekomenduje się dofinansowywanie hosteli i mieszkań readaptacyjnych dla osób w trakcie leczenia lub po jego zakończeniu, a także wspieranie i poszerzanie oferty programów reintegracji społecznej i aktywizacji zawodowej (kursy, szkolenia podnoszące kwalifikacje, zatrudnienie socjalne).

Na tym etapie zdrowienia ważne są także działania pomocowe skierowane do osób zadłużonych, u których problem zadłużenia powiązany jest ze współwystępującym problemem uzależnienia od alkoholu lub narkotyków. Zalecana forma pomocy obejmuje dostosowaną indywidualnie do potrzeb pomoc psychologiczną i prawną, ukierunkowaną na wyjście z zadłużenia i kontynuację terapii uzależnień.

Działania z zakresu redukcji szkód

Działania z zakresu redukcji szkód są działaniami z zakresu wsparcia niskoprogowego. W miejscach wsparcia niskoprogowego podstawową i doraźną pomoc mogą otrzymać wszyscy potrzebujący, w tym niezależnie od posiadanego ostatniego stałego miejsca zameldowania. Do tych placówek interwencyjnych przyjmowane są także osoby pod wpływem alkoholu oraz osoby będące pod wpływem innych substancji psychoaktywnych, czy chore lub zaburzone psychicznie. Z reguły jest to wsparcie interwencyjne, krótkotrwałe.

Do działań z zakresu redukcji szkód zaliczamy programy typu Outreach (wyjście do – sięganie poza), skierowane do osób uzależnionych bądź zagrożonych uzależnieniem z powodu ryzykownych zachowań.

Przykładowe działania z zakresu redukcji szkód:

- Partyworking – forma pracy wykonywana w miejscach rekreacji i wypoczynku: klubach, dyskotekach, podczas imprez masowych, koncertów. Ma na celu zwiększenie bezpieczeństwa uczestników oraz zmniejszenie zagrożeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Jest realizowana poprzez:
 - nawiązywanie kontaktu z uczestnikami – wskazane jest, aby odbywało się zgodnie z zasadami prawidłowej komunikacji, określanymi przez liczne koncepcje psychologiczne, m.in. przez dialog motywujący;
 - prowadzenie interwencji kryzysowej i wsparcia psychicznego dla osób, które pod wpływem narkotyków doświadczają intensyfikacji negatywnych uczuć bądź obniżonego nastroju;
 - współpraca z obsługą na bieżąco – polega np. na wzajemnym informowaniu się partyworkerów i obsługi o niepokojących zdarzeniach. Prowadzenie szkoleń dla obsługi klubów aby pracownicy potrafili adekwatnie reagować w przypadkach przemocy seksualnej, intoksykacji uczestnika imprezy tzw. pigułką gwałtu;
 - dystrybucja akcesoriów i materiałów (medycznych, higienicznych itp.) – nieodpłatnie dla odbiorców;
 - świadczenie pomocy przedmedycznej – ważne jest zapewnienie bezpieczeństwa osobie wymagającej pomocy oraz stworzenie odpowiednich warunków do świadczenia tego typu pomocy.
- Streetworking – praca prowadzona na ulicy, polegająca na dotarciu z pomocą w miejsce przebywania klienta (jak np. pedagogika ulicy). Jest to forma pracy socjalnej, która stała się

rozpowszechniona w zinstytucjonalizowanej pomocy państwa nad osobami wykluczonymi społecznie. Metoda ta, przez swoje zindywidualizowanie, ukierunkowanie na zasoby i potrzeby klienta, a także elastyczność, umożliwiła pomaganie ludziom dotychczas izolowanym, odrzucanym i wykluczonym. Pozwala na docieranie ze wsparciem do wielu wykluczonych grup społecznych, m.in. „dzieci ulicy”, osób sprzedających usługi seksualne (tzw. sex-workerów), osób uzależnionych nieleczących się, osób w kryzysie bezdomności – w miejscach ich przebywania (tj. na ulicach, działkach, w miejscach niemieszkalnych, wybranych dzielnicach miast). W wielu większych miastach dodatkowo w sezonie zimowym wykorzystuje się alternatywny sposób wsparcia osób uzależnionych w postaci organizowania objazdowej pracy streetworkerkiej (np. Autobus SOS) – osoby mogą otrzymać tu wsparcie w postaci ciepłego posiłku, odzieży, pomocy pracownika socjalnego, streetworkera oraz doraźną pomoc medyczną.

- Centrum Redukcji Szkód – to miejsce, gdzie kompleksowo realizuje się programy mające na celu poprawę jakości życia osób używających substancji psychoaktywnych, dla których celem terapii nie jest abstynencja. Główne działania stosowane w ramach polityki redukcji w tego typu miejscach to:
 - programy wymiany igieł i strzykawek lub zapewnienie stałego dostępu do środków dezynfekcyjnych;
 - programy rozdawnictwa prezerwatyw;
 - programy edukacyjno-informacyjne;
 - programy profilaktyki zdrowotnej (szczepienia profilaktyczne, testowanie w kierunku zakażeń krwiopochodnych HIV, HBV, HCV);
 - programy pomocy kryzysowej, w tym doradztwo socjalne oraz prawne.

Świetlice dziennego przebywania osób uzależnionych (tzw. drop-in) – to miejsca, gdzie osoba uzależniona, niezmotywowana do podjęcia leczenia może m.in. otrzymać sterylny sprzęt do iniekcji, porozmawiać z osobą dyżurującą w świetlicy na temat swoich bieżących problemów, zjeść ciepły posiłek, mieć opatrzoną ranę, a także spędzić czas wśród innych ludzi, zagospodarować czas „wolny” (np. skorzystać z TV, gier planszowych, komputera). Ponadto w „drop-inach” osobom uzależnionym przekazywana jest informacja na temat redukcji szkód zdrowotnych związanych z destrukcyjnym trybem życia, jaki te osoby prowadzą (profilaktyka przedawkowania substancji psychoaktywnych, profilaktyka HIV/AIDS oraz innych chorób zakaźnych, informacja na temat szczególnie niebezpiecznych substancji na rynku oraz szczególnie niebezpiecznego mieszania substancji itd.). Niektóre świetlice „drop-in” prowadzą także darmowe poradnictwo prawne, socjalne, aktywizację zawodową czy konsultacje lekarza psychiatry. „Drop-in” jest mniej kompleksową formą centrum redukcji szkód (opisanego powyżej).

- Noclegownie dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych – noclegownie przyjmują osoby uzależnione, także będące pod wpływem substancji psychoaktywnych, o ile jest z nimi kontakt i nie zachowują się w sposób agresywny. W niektórych tego typu placówkach poza

noclegiem można także otrzymać sterylny sprzęt do iniekcji, napić się herbaty czy kawy, a także porozmawiać o swoich bieżących problemach z osobą dyżurującą. Podobnie jak w przypadku wszystkich działań niskoprogowych skierowanych do osób uzależnionych (realizowanych czy to w centrach redukcji szkód, „drop-inach”, czy na ulicy), klientom nie stawia się warunku utrzymywania abstynencji, niemniej jednak pracownicy noclegowni starają się zmotywować beneficjentów do zmiany trybu życia na mniej szkodliwy, a w niektórych przypadkach nawet do podjęcia leczenia uzależnienia (np. leczenia substytucyjnego).

Opis rekomendowanych działań z zakresu redukcji szkód znajduje się na stronie internetowej www.kcpu.gov.pl.

2.3. Prowadzenie punktów konsultacyjnych dla osób uzależnionych i ich rodzin

2.3.1. Wprowadzenie

W Polsce działa ponad 2 243 punktów konsultacyjnych⁵, które udzielają pomocy osobom z problemami alkoholowymi i członkom ich rodzin. Ich powstawanie jest zasadne przede wszystkim w gminach, w których nie ma poradni leczenia uzależnień ani innych miejsc pomocy członkom rodzin z problemem alkoholowym i problemem przemocy.

2.3.2. Podstawy prawne i zadania punktów informacyjno-konsultacyjnych

Punkty informacyjno-konsultacyjne tworzone są na terenie gmin na podstawie art. 4¹ ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Stanowi on, że działania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracją społeczną osób uzależnionych od alkoholu należą do zadań własnych gmin.

W 2022 roku zostały połączone lokalne systemy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, dlatego warto poszerzyć ofertę punktów konsultacyjnych, tak aby była ona adresowana także do osób używających/uzależnionych od narkotyków, oraz członków ich rodzin. Możliwe jest także przygotowanie konsultantów do udzielania informacji i konsultacji w zakresie uzależnień behawioralnych.

Podstawowymi zadaniami punktu informacyjno-konsultacyjnego powinny być:

- motywowanie zarówno osób uzależnionych, jak i członków ich rodzin do podjęcia psychoterapii w placówkach leczenia uzależnienia, kierowanie do leczenia specjalistycznego oraz do skorzystania z pomocy grup samopomocowych;

⁵ Dane z zestawienia „PARPA G1 Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2021 roku”. <http://parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> (dostęp: 3.10.2022.).

- motywowanie osób pijących ryzykownie i szkodliwie oraz osób używających narkotyków, do zmiany zachowania;
- udzielanie wsparcia osobom po zakończonym procesie terapii uzależnień (np. przez rozmowy podtrzymujące, uruchomienie przy punkcie konsultacyjnym grupy wsparcia);
- rozpoznanie zjawiska przemocy domowej, udzielenie informacji o możliwościach powstrzymania przemocy, stosownego wsparcia i pomocy;
- inicjowanie interwencji w przypadku diagnozy przemocy domowej;
- gromadzenie aktualnych informacji na temat dostępnych miejsc pomocy i kompetencji poszczególnych służb i instytucji z terenu gminy, które powinny być włączone w systemową pomoc dla rodziny.

Wyniki badania prowadzonego na zlecenie PARPA w 2019 roku, wskazują, że aż 39% punktów objętych badaniem nie zatrudnia się specjalistów zajmujących się uzależnieniami⁶. Jednak z uwagi na to, że głównym klientem PIK-ów są osoby z problemami alkoholowymi i narkotykowymi, rekomendowanym rozwiązaniem jest zatrudnienie na kilka godzin w tygodniu specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień, który pracuje w placówce leczenia uzależnienia.

Należy podkreślić, że w punktach informacyjno-konsultacyjnych nie może być prowadzona psychoterapia osób uzależnionych, która jest zbiorem świadczeń zdrowotnych, a te udzielane są wyłącznie przez podmioty realizujące działalność leczniczą. Zatem punkty konsultacyjne nie są (i nie mogą być!) alternatywą czy konkurencją dla placówek leczenia uzależnień. Specjalista psychoterapii uzależnień czy instruktor terapii uzależnień mogą w PIK-ach motywować do podjęcia leczenia, udzielać porad, ale nie mogą prowadzić psychoterapii.

Warto zaznaczyć, że priorytetem gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii powinno być wspieranie w pierwszej kolejności rozwoju profesjonalnych programów terapii uzależnienia w placówkach leczniczych, a dopiero później tworzenie punktów konsultacyjnych.

Ważną umiejętnością osób zatrudnianych w punktach konsultacyjnych powinno być skuteczne motywowanie klientów do zmiany szkodliwych zachowań, w tym do podjęcia terapii uzależnień. Metodą godną polecenia z racji dowiedzionej naukowo skuteczności jest dialog motywujący.

Zaleca się, by oferta punktów konsultacyjnych stawała się coraz bardziej interdyscyplinarna, a ich zadaniem było zdiagnozowanie problemów całej rodziny i zaplanowanie pomocy dla wszystkich jej członków (dorosłych i dzieci). W przypadku podejrzenia występowania uzależnienia właści-

⁶ Raport z realizacji projektu badawczego dotyczącego funkcjonowania i oferty punktów informacyjno-konsultacyjnych, 2019 rok. Zespół badawczy: dr Jakub Kołodziejczyk, dr hab. Bartłomiej Walczak, mgr Joanna Kotlarz, s. 13.

wą formą pomocy jest motywowanie do podjęcia leczenia i skierowanie do placówki leczenia uzależnienia od alkoholu.

Przykładem interdyscyplinarności oferty jest sytuacja, w której do punktu zgłasza się żona w sprawie pijącego męża. Konsultant/konsultanci powinni zająć się tą rodziną kompleksowo – podjąć próbę zdiagnozowania także innych problemów, jakie mogą występować w tej rodzinie, takich jak przemoc, zaniedbywanie dzieci, problem pijących nastolatków, problem z narkotykami, ubóstwo oraz udzielić stosownej pomocy.

2.3.3. Kompetencje osób dyżurujących w punkcie informacyjno-konsultacyjnym

Z uwagi na szerokie spektrum problemów, z którymi mogą się zgłaszać klienci, rekomenduje się przede wszystkim zatrudnianie w PIK-ach więcej niż jednego konsultanta. Oprócz specjalisty/instruktora terapii uzależnień warto zagwarantować dyżury specjalisty ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie, prawnika, pedagoga/psychologa, który wesprze rodziców w rozwiązywaniu problemów wychowawczych. Tymczasem ze wskazanych powyżej badań PIK przeprowadzonych na zlecenie PARPA w 2019 roku wynika, że ponad jedna trzecia punktów (37%) zatrudnia tylko jedną osobę.

Zakres kompetencji konsultantów punktów:

Umiejętności w zakresie:

- udzielania pomocy psychologicznej (nawiązanie kontaktu, przeprowadzenie interwencji kryzysowej (jeśli jest to wskazane), udzielenie wsparcia, motywowanie, poradnictwo.

Wiedza z zakresu:

- picia szkodliwego, uzależnienia, pracy z osobami bliskimi osób uzależnionych;
- sytuacji dzieci w rodzinie z problemem uzależnienia lub przemocy;
- używania narkotyków i uzależnienia w grupie dorosłych;
- używania alkoholu i narkotyków przez dzieci i młodzież;
- zjawiska przemocy w rodzinie, w tym przemocy wobec dzieci;
- procedury „Niebieskie Karty” i systemowej pomocy w zakresie przemocy domowej;
- uzależnień behawioralnych;
- bazy adresów i ofert profesjonalnych placówek pomocowych na terenie gminy, powiatu i województwa.

W przypadku zatrudniania w punkcie osób uzależnionych, które przeszły własną terapię należy pamiętać, że ukończenie własnej terapii nie zapewnia wystarczających kwalifikacji do pracy w punkcie konsultacyjnym. Nie jest też wskazane zatrudnianie w takim punkcie członków gminnych komisji, którzy nie mają odpowiedniego przygotowania do udzielania pomocy psychologicznej.

Jeśli to możliwe, należy zadbać o prowadzenie superwizji dla pracowników punktu. W 2018 r. tylko około 12% specjalistów oraz instruktorów terapii uzależnień pracujących w punktach było poddawanych superwizji. Wsparcie superwizyjne dla pozostałych specjalistów było jeszcze rzadsze. W sumie objęło ono konsultantów (pedagogów, psychologów i specjalistów ds. przeciwdziałania przemocy) w niespełna 10% PIK-ów⁷.

Punkty konsultacyjne mogą być prowadzone przez samorząd terytorialny (tak się dzieje w ponad 90% przypadków), stowarzyszenia abstynenckie i inne organizacje pozarządowe.

Powinny być dostępne dla klientów w godzinach popołudniowych i wieczornych, a warunki lokalowe gwarantować osobom zgłaszającym się do punktu dyskrecję i komfort psychiczny. Jeśli punkt znajduje się w urzędzie gminy czy w ośrodku pomocy społecznej, należy zadbać o oddzielne pokoje, do których nikt nie będzie wchodził i przeszkadzał w czasie rozmowy i nie będą dzwoniły telefony służbowe.

Sposobem na rozpowszechnianie informacji o ofercie PIK-u może być: umieszczanie ogłoszeń o jego działalności na stronach internetowych urzędów, utworzenie własnych stron internetowych, ogłoszenia w prasie lokalnej, natomiast w mniejszych miejscowościach dodatkowym działaniem może być dostarczenie informacji osobom znaczącym w gminie i mającym bezpośredni kontakt ze społecznością lokalną.

Jeśli osoba zgłaszająca się do PIK-u jest osobą niesłyszącą, warto pamiętać, że art. 11 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 roku o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. z 2017 r. poz. 1824, z późn. zm.) stanowi, że organ administracji publicznej zapewnia m.in. dostęp do świadczenia usług tłumacza języka migowego. Przy czym osoba niesłysząca jest zobowiązana zgłosić chęć skorzystania ze świadczenia ze wskazaniem wybranej metody komunikowania się do właściwego ze względu na właściwość sprawy organu administracji publicznej, co najmniej na 3 dni robocze przed tym zdarzeniem, z wyłączeniem sytuacji nagłych. Zgłoszenie powinno być dokonane w formie określonej przez organ administracji publicznej, w sposób dostępny dla osób uprawnionych. Po dokonaniu zgłoszenia organ administracji publicznej jest zobowiązany do zapewnienia obsługi osoby uprawnionej w terminie przez nią wyznaczonym lub z nią uzgodnionym. Organ administracji publicznej, w przypadku braku możliwości realizacji świadczenia, zawiadamia wraz z uzasadnieniem osobę uprawnioną, wyznaczając możliwy termin realizacji świadczenia lub wskazując na inną formę realizacji uprawnień określonych w niniejszej ustawie.

⁷ Raport, patrz przypis nr 6.

ROZDZIAŁ III

UDZIELANIE RODZINOM, W KTÓRYCH WYSTĘPUJĄ PROBLEMY ALKOHOLOWE ORAZ NARKOMANII, POMOCY PSYCHOSPOŁECZNEJ I PRAWNEJ, A W SZCZEGÓLNOŚCI OCHRONY PRZED PRZEMOCĄ

3.1. Programy psychoterapii dla dorosłych członków rodzin z problemami wynikającymi z używania alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych

3.1.1. Wprowadzenie

Nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych przez jednego z członków rodziny destabilizuje funkcjonowanie całego systemu rodzinnego, rodzi poważne problemy, jest przyczyną cierpienia dorosłych i dzieci. Często to rodziny osób pijących/używających szkodliwie substancji psychoaktywnych i uzależnionych zgłaszają się do różnych instytucji udzielających pomocy z oczekiwaniem zmotywowania bliskich im osób do podjęcia leczenia z powodu uzależnienia.

Ważnym zadaniem osób pomagających jest kompleksowa diagnoza sytuacji rodzinnej, zaofiarowanie pomocy zarówno rodzinie jako całości, jak i poszczególnym jej członkom.

3.1.2. Działania rekomendowane do realizacji w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii

Dofinansowanie pracy terapeutycznej z rodziną oraz parą z problemem uzależnienia

Istotne z punktu widzenia trwałości i jakości życia rodziny z problemami wynikającymi z używania substancji psychoaktywnych jest objęcie pomocą terapeutyczną całej rodziny. Wskazane jest, aby placówki leczenia uzależnienia w podstawowym programie terapii osób uzależnionych organizowały sesje rodzinne i spotkania konsultacyjne dla rodzin, a w programie ponadpodstawowym/pogłębionym terapię par, terapię rodzinną lub wybrane treningi zachowań, np. komunikacji rodzinnej, umiejętności wychowawczych, budowania bliskości. W tym miejscu należy podkreślić, że prowadzenie terapii rodzinnej wymaga ukończenia szkoły psychoterapii syste-

mowej. Specjaliści psychoterapii uzależnień nie są w większości przygotowani do tego zadania, natomiast mogą prowadzić pozostałe formy oddziaływań (np. sesje rodzinne, spotkania konsultacyjne dla rodzin, krótkoterminową terapię par, treningi zachowań), z tym że prowadzenie pracy terapeutycznej z parą oraz wyspecjalizowanych treningów umiejętności wymaga dodatkowych kwalifikacji (szkoleń).

PARPA (aktualnie KCPU) opracowała w latach 2018-2019 propozycję schematu postępowania terapeutycznego wobec osób dorosłych obciążonych problemami wynikającymi z używania alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych oraz zaburzeń nawyków i popędów przez ich bliskich w placówkach leczenia uzależnień.

Opracowano także program krótkoterminowej pracy terapeutycznej z parą z problemem uzależnienia, który można wdrażać w placówkach leczenia uzależnień. Opracowano podręcznik i film edukacyjny uczący prowadzenia krótkoterminowej terapii par, w których jeden z małżonków czy partnerów pozostaje w procesie leczenia uzależnienia.

Rekomenduje się gminom zakup świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu terapii dla bliskich/członków rodzin osób uzależnionych albo też pokrycie kosztów dodatkowych szkoleń dla pracowników placówek leczenia uzależnień w tym zakresie.

Programy psychoterapii dla partnerów osób uzależnionych

Konsekwencją życia z partnerem nadużywającym alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych mogą być niekonstruktywne sposoby przystosowania się do sytuacji problemowej. Koncentrując się na ograniczeniu picia i używania innych substancji psychoaktywnych przez partnera, osoba bliska nieświadomie przejmuje odpowiedzialność i kontrolę nad jego funkcjonowaniem, co w efekcie utrudnia jej konstruktywne rozwiązanie problemów. W konsekwencji zaistniałej sytuacji rodzinnej u osób będących w bliskiej relacji z osobą uzależnioną mogą wystąpić nasilone problemy zdrowotne: zaburzenia psychosomatyczne, emocjonalne, stresowe lub zaburzenia adaptacyjne. Programy pomocy terapeutycznej dla tych osób najczęściej są realizowane w poradniach leczenia uzależnień. Warto, aby gmina rozważyła zakup świadczeń opieki zdrowotnej z tego zakresu dla osób cierpiących z powodu rodzinnych obciążeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych we wszystkich poradniach, w których dostępność tych świadczeń jest niewystarczająca. Warto podkreślić, że w związku z zapisami art. 23 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, członkowie rodzin osób uzależnionych mają prawo do bezpłatnego leczenia w placówkach leczenia uzależnień. Ponadto, zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wspomniane wyżej osoby, udając się po pomoc, nie muszą mieć skierowania.

Programy pomocy psychologicznej i psychoterapii dla osób dorosłych wychowywanych w rodzinach z problemami uzależnień

Efektom doświadczeń wyniesionych z życia w rodzinie z problemem alkoholowym (a także narkotykowym) mogą być pewne utrwalone schematy zachowań i reakcji emocjonalnych, które

utrudniają osiągnięcie zadowolenia i satysfakcji, a zwłaszcza nawiązywanie bliskich relacji z innymi ludźmi w dorosłym życiu. Powstały na tym tle zespół zaburzeń przystosowania nazywany jest często syndromem dorosłego dziecka alkoholika (DDA).

Nie wszystkie osoby wychowujące się w rodzinie z uzależnieniem doświadczają nasilonych trudności w swoim funkcjonowaniu. Większość dobrze sobie radzi w dorosłym życiu, a jeśli przeżywa trudności – skutecznie je pokonuje bez pomocy specjalistów. Natomiast część tych osób, doświadczająca nasilonych zaburzeń w funkcjonowaniu intrapsychoicznym i interpersonalnym, wymaga profesjonalnej pomocy, która może przybierać różne formy, w zależności od indywidualnej sytuacji i potrzeb. Może to być: edukacja, poradnictwo, interwencja kryzysowa, pomoc psychologiczna w rozwoju osobistym, motywowanie do podjęcia psychoterapii (pomoc o charakterze krótkotrwałym), psychoterapia (krótko- i średnioterminowa). Zatem nie każde działanie kierowane do tej grupy osób jest psychoterapią i wymaga specjalnych uprawnień zawodowych. W przypadku konieczności zastosowania psychoterapii powinna być ona prowadzona przez psychoterapeutów lub osoby w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatów szkół psychoterapeutycznych. Inne formy pomocy psychologicznej dla tych osób mogą realizować specjaliści psychoterapii uzależnień, zwłaszcza ci, którzy ukończyli dodatkowo specjalistyczne szkolenia na temat pomagania w tym zakresie.

Pomaganie tej grupie osób przez gminy może przyjąć formę zakupu świadczeń opieki zdrowotnej (grup wsparcia, rozwoju osobistego, psychoterapii) oraz finansowania szkoleń podnoszących kompetencje specjalistów psychoterapii uzależnień w tym obszarze.

3.2. Pomoc dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym

3.2.1. Wprowadzenie

Na podstawie badań naukowych szacuje się, że w Polsce 943 tys. dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat ma rodziców borykających się z problemami wynikającymi z picia⁸. Populacja ta stanowi ok. 13% tej grupy wiekowej. Odsetek ten waha się od 11% wśród dzieci do 4. roku życia do prawie 15% w grupie wiekowej 13–17 lat. Dzieci te stanowią grupę ryzyka – ze względu na kumulację czynników ryzyka (obciążenia genetyczne, niekorzystne środowisko rozwoju, zaniedbania wychowawcze ze strony rodziców, normy oraz wzorce rodzinne i środowiskowe) są szczególnie narażone na podejmowanie zachowań ryzykownych, w tym wczesną inicjację alkoholową i ryzykowne spożywanie alkoholu. Bardzo istotną formą pomocy tej grupie dzieci jest włączenie jej w program realizowany w opiekuńczych i specjalistycznych (realizujących program socjoterapeutyczny) placówkach wsparcia dziennego oraz zajęciach socjoterapeutycznych i rozwojowych, prowadzonych przez samorządy lokalne.

⁸ Za: *Dzieci rodziców z zaburzeniami psychicznymi i behawioralnymi związanymi z używaniem alkoholu*. Komunikat z ogólnopolskich badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”, autorzy: Łukasz Wieczorek, Jacek Wciórka, Jakub Stokwiszewski, Bogdan Wojtyniak, Andrzej Kiejna, Tomasz Adamowski, Jacek Moskalewicz. Dostępne na stronie: <http://dx.doi.org/10.1016/j.alkona.2015.06.004>

Do zadań własnych gminy należy udzielanie wsparcia członkom rodzin osób uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, w tym dzieciom. Świetlica to popularna nazwa miejsca, gdzie prowadzona jest praca z dziećmi w kontakcie grupowym lub indywidualnym. Zadaniem samorządu gminnego w ramach gminnych programów jest wspieranie specjalnych miejsc pracy z dziećmi z rodzin z problemem uzależnień/przemocy, a nie typowych świetlic szkolnych czy wiejskich.

Od 2011 roku obowiązuje ustawa z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2020 r. poz. 821 z późn. zm., dalej jako: ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej), **która reguluje tworzenie i działalność placówek wsparcia. Od tego czasu wszystkie działające na terenie kraju świetlice dla dzieci z grupy ryzyka powinny działać w formie placówek wsparcia dziennego** (dalej zwane PWD), na zasadach określonych w przepisach ww. ustawy. Przepisy te zostały wprowadzone m.in. po to, aby umożliwić pracę z dziećmi w odpowiednich warunkach – w miejscach spełniających kryteria lokalowe, sanitarne, przeciwpożarowe itp., a także w instytucjach dysponujących wykwalifikowanym personelem. Warunki lokalowe placówek wsparcia dziennego określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 13 października 2015 roku w sprawie wymagań lokalowych i sanitarnych, jakie musi spełniać lokal, w którym ma być prowadzona placówka wsparcia dziennego (Dz.U. poz. 1630.)

Zatem każda gmina powinna w pierwszej kolejności zmierzać do organizowania świetlic w formie placówek wsparcia dziennego.

Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, regulująca funkcjonowanie placówek wsparcia dziennego, funkcjonuje już od 10 lat. To wystarczająco długi czas, by dostosować istniejące miejsca pracy z dziećmi z rodzin z problemem alkoholowym i innych grup ryzyka do standardów obowiązujących placówki wsparcia dziennego, zarówno od strony organizacyjnej, jak i merytorycznej. **Dlatego wobec obowiązującego prawa KCPU rekomenduje, by wszystkie miejsca nazywane potocznie świetlicami, stały się placówkami wsparcia dziennego.** Dodatkowym źródłem dofinansowania ewentualnych inwestycji związanych z dostosowaniem pomieszczeń, ich remontem, adaptacją mogą być środki z opłat za sprzedaż napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml.

Ze środków uzyskanych za wydawanie zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych (art. 18² ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi) można finansować cały zakres działalności placówki wsparcia dziennego – zarówno koszty merytoryczne (wynagrodzenie, materiały do zajęć, poczęstunek), jak i bieżące funkcjonowanie istniejącej już placówki (opłaty za media, drobne naprawy, remonty niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania placówki).

Jak wynika z analizy ankiet PARPA-G1, każdego roku ok. 170 tys. dzieci korzysta z różnych form wsparcia – od zajęć opiekuńczo-wychowawczych do programów pomocy psychologicznej. Średnio ok. 1/3 z tej grupy to dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.

Niestety, jak wynika z danych, blisko połowa gmin nie prowadzi żadnych działań pomocowych dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Dotyczy to zwłaszcza gmin wiejskich.

W raporcie Najwyższej Izby Kontroli pn. „Funkcjonowanie placówek wsparcia dziennego dla dzieci” z 2016 roku można przeczytać m.in., że:

- placówki wsparcia dziennego stanowią skuteczny instrument wspierania rodzin, szczególnie tych, które doświadczają trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych;
- placówki świadczą pomoc adekwatną do potrzeb dzieci. Mimo skromnych warunków, w jakich funkcjonują, realizują prawidłowo swoje zadania, a ich praca przynosi wymierne pozytywne efekty w zakresie rozwoju osobowości dziecka, postępów w nauce oraz kształtowania relacji społecznych opartych na wzajemnej pomocy. Pozytywne efekty pracy z dziećmi w placówkach potwierdzili zgodnie rodzice, nauczyciele, jak i same dzieci;
- pozytywny efekt w pracy z dzieckiem uzyskiwano zwłaszcza w tych miejscach, gdzie prowadzona była współpraca z rodzicami i opiekunami dzieci oraz szkołami.

Podobne wskazania w zakresie programów realizowanych przez placówki wsparcia dziennego oraz ich oferty pomocowej zawiera raport autorstwa M.J. Sochockiego i B. Walczaka pt. „Badanie organizacji i funkcjonowania miejsc pomocy dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym”⁹ z 2018 roku.

Oprócz pozytywnej oceny merytorycznej koncepcji funkcjonowania placówek oraz realizowanych w nich programów, w raporcie NIK zostały zawarte krytyczne uwagi wobec samorządów lokalnych, jako organów odpowiedzialnych za tworzenie systemu pomocy dzieciom: „Pomimo tego, iż placówki wsparcia dziennego odgrywają istotną rolę w systemie pomocy, władze lokalne nie przywiązują do ich funkcjonowania wystarczającej uwagi. Środki przeznaczone na funkcjonowanie placówek nie pokrywały w pełni zapotrzebowania, więc wychowawcy musieli rezygnować z części zaplanowanych działań”.

Ponadto, we wszystkich skontrolowanych placówkach wychowawcy, specjaliści i inne osoby pracujące bezpośrednio z dziećmi byli zatrudniani na umowy na czas określony w niepełnym wymiarze godzin lub w ramach umowy zlecenia. Jedynie kierownicy mieli umowy o pracę. Zdaniem NIK taka forma zatrudnienia „jest bardzo niekorzystna, nie daje osobom zatrudnionym poczucia stabilności pracy, może mieć wpływ na obniżenie zaangażowania w pracę, a także może wpływać na częste zmiany kadrowe. Taka sytuacja z kolei nie sprzyja adaptacji wychowanków w placówce i może powodować zaburzenie poczucia bezpieczeństwa wśród dzieci”.

W swoim raporcie NIK podała także, że istnieje ogromny deficyt w zakresie dostępności placówek wsparcia dziennego. W skontrolowanych gminach opieką objęto jedynie 20% dzieci z rodzin, które korzystały z pomocy społecznej z powodu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych. W części gmin twierdzono, że liczba placówek jest wystarczająca, chociaż nie przeprowadzono tam żadnego rozpoznania skali potrzeb.

⁹ Raport opracowany na zlecenie PARPA, Warszawa 2018 r. Materiał wewnętrzny PARPA.

Pozytywny wpływ na dzieci uczęszczające do świetlicy wywiera możliwość zidentyfikowania się z miejscem, do którego regularnie przychodzą. Umieszczenie świetlicy w budynku szkoły może być niekorzystne z tego względu, że niektóre dzieci nie lubią szkoły i chcą w niej przebywać jak najkrócej. Nie jest też korzystne, żeby nauczyciele występowali w podwójnej roli nauczyciela i wychowawcy, co ma miejsce w części świetlic znajdujących się w szkołach.

3.2.2. Działania rekomendowane do realizacji w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii

Finansowanie zadań realizowanych przez specjalistyczną i opiekuńczą placówkę wsparcia dziennego

W art. 18 ust. 2 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej czytamy, iż placówkę wsparcia dziennego prowadzi gmina, podmiot, któremu gmina zleciła realizację tego zadania na podstawie art. 190 wskazanej ustawy (czyli organizacjom pozarządowym prowadzącym działalność w zakresie wspierania rodziny, pieczy zastępczej lub pomocy społecznej; osobom prawnym i jednostkom organizacyjnym działającym na podstawie przepisów o stosunku państwa do Kościoła katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, stosunku państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancji wolności sumienia i wyznania, jeżeli ich cele statutowe obejmują prowadzenie działalności w zakresie wspierania rodziny i systemie pieczy zastępczej lub pomocy społecznej), lub podmiot, który uzyskał zezwolenie wójta.

Mamy zatem trzy odrębne możliwości. Placówka wsparcia dziennego może być prowadzona przez:

- gminę;
- podmiot, któremu gmina zleciła prowadzenie placówki na podstawie art. 190 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej – a zgodnie z art. 190 ust. 2 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej do zlecenia realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, stosuje się ustawę z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2020 r. poz. 1057 z późn. zm, dalej jako: ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie);
- podmiot, który uzyskał zezwolenie wójta (warunki otrzymania zezwolenia wójta opisane są w art. 19 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej).

Placówka wsparcia dziennego może być prowadzona w formie:

- opiekuńczej, w tym kół zainteresowań, świetlic, klubów i ognisk wychowawczych;
- specjalistycznej;
- pracy podwórkowej realizowanej przez wychowawcę.

Specjalistyczna forma placówki wsparcia dziennego to placówka realizująca program socjoterapii. Merytoryczne założenia pracy z dziećmi z rodzin z problemem alkoholowym obejmują m.in.:

-
- sporządzanie diagnozy indywidualnej dziecka oraz jego sytuacji rodzinnej i szkolnej;
 - prowadzenie zajęć socjoterapeutycznych zgodnie z programem przygotowanym dla całej grupy i diagnozą indywidualną dzieci;
 - pracę ze stałymi grupami dzieci;
 - pracę z dziećmi w kontakcie indywidualnym;
 - przygotowanie i realizację indywidualnych programów rozwojowo-terapeutycznych dla dzieci. W planach tych warto uwzględnić włączanie dzieci w działania różnorodnych kół zainteresowań, grup rozwojowych, w zajęcia pozalekcyjne i pozaszkolne – zgodnie z ich predyspozycjami i zainteresowaniami;
 - prowadzenie dokumentacji pracy z dzieckiem zgodnej z charakterem placówki (dokumentacja diagnozy, planów i realizacji indywidualnych i grupowych zajęć z dziećmi wraz z ich osiągnięciami);
 - współpracę z rodziną dziecka w celu:
 - diagnozy sytuacji rodzinnej,
 - rozwiązywania problemów rodziny oraz realizacji indywidualnych planów pomocy rodzinie (np. motywowanie osoby uzależnionej lub osoby bliskiej osoby uzależnionej do podjęcia terapii),
 - omawiania postępów dziecka w procesie socjoterapii,
 - organizacji zajęć (spotkań) grupowych dla rodziców czy warsztatów w zakresie doskonalenia umiejętności wychowawczych;
 - współpracę z instytucjami, które mogą pomóc rodzinie w rozwiązaniu jej problemów, głównie w zakresie interwencji wobec osób uzależnionych i ich bliskich (np. GKRPA, szkoła, ośrodek pomocy społecznej, sąd rodzinny, powiatowe centrum pomocy rodzinie, asystent rodziny itp.). Niezwykle istotny jest wymóg współpracy z wychowawcami klas, pedagogami szkolnymi i nauczycielami uczącymi dzieci, zwłaszcza tych przedmiotów, które sprawiają dzieciom trudności. Aby zwiększyć efektywność pomocy, konieczna jest wymiana informacji na temat sytuacji szkolnej dziecka, jego obecności w szkole, relacji z rówieśnikami, postępów w nauce itp.;
 - korzystanie z regularnych konsultacji lub superwizji dotyczących pracy placówki.

Rekomendowane jest finansowanie zatrudnienia pracowników merytorycznych w placówkach wsparcia dziennego realizujących zadania określone w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Przy zatrudnianiu wychowawców należy pamiętać o art. 22 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 roku Kodeks pracy (Dz.U. z 2020 r. poz. 1320, z późn. zm.). Rekomenduje się także zaangażowanie dwóch wychowawców do pracy z jedną grupą dzieci, w celu zapewnienia jak najlepszej jakości udzielanej pomocy.

Dofinansowanie obozów socjoterapeutycznych dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, z rodzin z problemem używania innych substancji psychoaktywnych lub problemem przemocy

Obozy socjoterapeutyczne powinny być integralnym elementem i uzupełnieniem całorocznej pracy z dziećmi.

Dofinansowywanie szkoleń i kursów specjalistycznych w zakresie pracy z dziećmi i rodzinami z problemem alkoholowym, problemem używania innych substancji psychoaktywnych lub problemem przemocy oraz w zakresie prowadzenia zajęć socjoterapeutycznych

W szkoleniach i kursach specjalistycznych mogą brać udział pedagodzy, psycholodzy, nauczyciele, wychowawcy, zatrudnieni w placówkach wsparcia dziennego lub deklarujący gotowość podjęcia takiej pracy.

Dofinansowanie programów psychoedukacyjnych dla rodziców, rozwijających umiejętności wychowawcze

Należy zwracać uwagę, aby programy rozwijające umiejętności wychowawcze rodziców były dostosowane do wieku rozwojowego dziecka oraz wzmacniały umiejętności rodziców m.in. takie jak: porozumiewanie się z dziećmi oparte na wzajemnym zaufaniu i szacunku, konstruktywne rozwiązywanie konfliktów z dziećmi, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa (psychicznego i fizycznego), ustalanie i respektowanie zasad.

Organizowanie i finansowanie superwizji lub konsultacji dla wychowawców udzielających pomocy psychologicznej dzieciom i rodzinom z problemem alkoholowym/problemem używania innych substancji psychoaktywnych/problemem przemocy w rodzinie

Superwizje i konsultacje jako formy merytorycznego i psychologicznego wsparcia, mogą w znaczący sposób podnieść jakość pracy i przełożyć się na większą skuteczność realizowanych działań oraz przeciwdziałać wypalaniu zawodowemu wychowawców.

Finansowanie dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych

Wspólne przygotowywanie i spożywanie posiłków buduje i wzmacnia więzi w grupie dzieci objętych pomocą. Poza oczywistą wartością zaspakajania głodu, możliwość przygotowania posiłku jest okazją do nauki zdrowych nawyków żywieniowych oraz różnych umiejętności życiowych związanych z gotowaniem i współpracą w grupie.

Organizowanie lokalnych narad, seminariów i konferencji w zakresie wdrażania systemu pomocy dziecku i rodzinie z problemem alkoholowym i innymi uzależnieniami

W ramach gminnych programów należy dbać o systematyczne podnoszenie kwalifikacji osób, które w swojej pracy zawodowej spotykają się z dziećmi i rodzinami z problemem uzależnień (nauczyciele, pracownicy socjalni, pedagodzy szkolni, asystenci rodzinni, kuratorzy itp.).

Prowadzenie badań ewaluacyjnych programów pomocy dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym/problemem używania innych substancji psychoaktywnych oraz programów profilaktycznych mających na celu rozwój psychospołecznych umiejętności dzieci

Prowadzenie poprawnych metodologicznie badań ewaluacyjnych programów profilaktycznych, powinno być zadaniem systematycznie realizowanym w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Wykorzystanie wiedzy pochodzącej z tych badań służy rozwijaniu oferty programów profilaktycznych opartych na naukowych podstawach, a tym samym udzielaniu skutecznej pomocy oraz ograniczeniu zachowań ryzykownych wśród dzieci z grup podwyższonego ryzyka, np. dorastających w domach w których występuje problem uzależnienia rodziców od alkoholu.

3.3. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie

3.3.1. Wprowadzenie

Nadużywanie alkoholu stanowi istotny czynnik ryzyka wystąpienia przemocy w rodzinie. Z danych Komendy Głównej Policji¹⁰ wynika, że w 2021 roku policjanci podjęli ponad 64 tys. interwencji w sytuacji podejrzenia przemocy w rodzinie (z wykorzystaniem procedury „Niebieskie Karty”). Aż 52% tych interwencji dotyczyło sytuacji, kiedy osoba podejrzewana o stosowanie przemocy w rodzinie była w stanie nietrzeźwości. Z badań przeprowadzonych przez Instytut Millward Brown SMG/KRC wynika, że 90% osób stosujących przemoc wobec swoich bliskich wskazuje nadużywanie alkoholu jako „przyczynę” ww. zachowań. I chociaż często jest to tylko usprawiedliwienie dla ich własnych zachowań, to część osób ma nadzieję, że po rezygnacji z picia będą w stanie zmienić sposób, w jaki traktują swoich bliskich i zaprzestaną krzywdzenia.

Z uwagi na zależność pomiędzy stanem nietrzeźwości sprawcy a stosowaniem przez niego przemocy, duże wyzwania związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie stoją przed gminnymi komisjami rozwiązywania problemów alkoholowych. Trafiają do nich osoby, które zgłaszają, że członkowie ich rodzin nadużywają alkoholu, a będąc pod wpływem alkoholu, mogą stosować równocześnie przemoc.

Z danych z samorządów lokalnych (ankieta PARPA-G1) wynika, że od 2017 roku sukcesywnie malała aktywność gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w zakresie interwencji z wykorzystaniem procedury „Niebieskie Karty”. W 2021 roku liczba wszczętych procedur nieznacznie wzrosła – członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w związku z podejrzeniem przemocy w rodzinie uruchomili 2623 procedury „Niebieskie Karty”.

¹⁰ <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-w-rodzinie/201373.Przemoc-w-rodzinie-dane-od-2012-roku.html>

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Liczba wszczętych procedur przez gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych | 4 788 | 5 736 | 4 081 | 3 927 | 2 813 | 2 369 | 2 623 |

Mimo że jest to obowiązek ustawowy wynikający z ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. z 2021 r. poz. 1249), tego rodzaju aktywność wykazuje zaledwie 400 wszystkich gmin w Polsce¹¹.

Zgodnie z zapisami art. 4¹ ust. 1 pkt 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi „udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą” jest zadaniem własnym gmin realizowanym w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Działania prowadzone w ramach tego zadania są finansowane przez samorządy gminne ze środków pochodzących z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych. Analiza danych PARPA-G1 z ostatnich kilku lat pokazuje, że na zadania związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie gminy przeznaczają około 5% środków przeznaczonych na profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych.

3.3.2. Działania rekomendowane do realizacji w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii

Upowszechnianie informacji dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie i możliwości przeciwdziałania przemocy w rodzinach, w szczególności z problemem alkoholowym

W ciągu ostatnich lat przeprowadzono szereg działań informacyjno-edukacyjnych na temat zjawiska przemocy w rodzinie. Były to m.in. kampanie edukacyjne i akcje informacyjne, które miały na celu zwiększenie wiedzy społeczeństwa na temat problemu przemocy domowej, zintensyfikowanie działań służb służących ochronie rodzin przed przemocą, a także zrozumienie problemu przemocy oraz zmianę postaw wobec osób, które przemocy doznają. Nadal jednak zdarza się, że osoby doznające przemocy w rodzinie spotykają się z negatywnymi – wiktymizującymi – reakcjami świadków przemocy i przedstawicieli służb. Z kolei osobom krzywdzonym przez najbliższych często brakuje informacji na temat mechanizmów przemocy w rodzinie, możliwości uzyskania pomocy czy obowiązujących procedur interwencyjnych i prawnych, które pozwolą zatrzymać przemoc. Brakuje również konstruktywnych przekazów adresowanych do osób stosujących przemoc w rodzinie – nie tylko odnoszących się do konsekwencji stosowania przemocy wobec najbliższych, ale także możliwości radzenia sobie ze złością lub agresją. I chociaż z badań przeprowadzonych na zlecenie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Ogólnopolska diagnoza zjawiska prze-

¹¹ Dane z zestawienia „PARPA-G1 Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2021 roku”.

mocy w rodzinie”¹² wynika, że 90% Polaków uznaje różne sytuacje, które świadczą o przemocach za nieakceptowane, co może świadczyć o dużej świadomości społecznej na temat zjawiska przemocy domowej, to nadal 10% uznaje różnego rodzaju zachowania przemocowe za „normalne” (np. wydzielanie pieniędzy i kontrolowanie wydatków współmałżonka oraz tzw. klapsy wobec dzieci). Ponadto, z badań pn. „Ogólnopolska diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie wobec dzieci”¹³ przeprowadzonych w listopadzie 2021 roku na zlecenie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej przez firmę KANTAR wynika, że Polacy oceniają swoją wiedzę dotyczącą przemocy w rodzinie na dość wysoką. Prawie połowa (49%) uważa, że wie o przemocach w rodzinie wobec dzieci dużo (6%) lub sporo (43%). Większość osób (61%), które zaobserwowały przemoc w swoim otoczeniu podjęła w związku z tym działania. Była to przede wszystkim rozmowa, uświadomienie problemu (26%) oraz zgłoszenie na Policję (20%) czy do pomocy społecznej (18%). Osoby, które nie podjęły żadnych działań w związku z zauważeniem występowania przemocy przyznają, że nie zrobiły tego głównie ze względu na poczucie, że nie chcą się wtrącać (19%) oraz z obawy i strachu (19%).

W związku z powyższym rekomenduje się zwiększenie aktywności w zakresie edukacji publicznej m.in. poprzez:

- kontynuowanie lokalnych działań informacyjno-edukacyjnych na temat zjawiska przemocy w rodzinie, w tym przemocy wobec dzieci (czym jest przemoc, jakie są jej mechanizmy, jakie niesie konsekwencje itp.), a także możliwości uzyskania pomocy (przede wszystkim bezpłatnej) i miejsc, które taką pomoc świadczą;
- włączanie się w ogólnopolskie akcje promujące życie rodzinne bez przemocy;
- prowadzenie i finansowanie programów profilaktyki przemocy w rodzinie i programów rozwijających umiejętności wychowawcze i pozytywne relacje rodzinne;
- prowadzenie lokalnych diagnoz na temat zjawiska przemocy w rodzinie, np. skali problemu, postaw wobec problemu oraz włączanie się w ogólnopolskie projekty badawcze itp.

Podnoszenie kompetencji przedstawicieli instytucji działających w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie

Praca w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie wymaga odpowiedniego przygotowania i kompetencji. Z badań przeprowadzonych na zlecenie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej¹⁴ wynika, że 83% badanych osób doznających przemocy w rodzinie ocenia udzielone im przez służby i instytucje wsparcie i pomoc jako skuteczne. Niemniej jednak, z opinii 17% badanych wynika, że było ono niesatysfakcjonujące. W związku z powyższym konieczne jest kontynuowanie działań mających na celu dostarczenie przedstawicielom służb wiedzy na temat zjawiska przemocy w rodzinie, mechanizmów przemocy domowej, specyfiki funkcjonowania osób doznających przemocy i stosujących przemoc, standardów pracy interdyscyplinarnej, obowiązujących procedur i przepisów prawnych. Niezbędne jest rozwijanie umiejętności nawiązywania kontaktu z klientem, uwzględ-

¹² Kantar na zlecenie MRPiPS 2019 r.

¹³ Kantar na zlecenie MRiPS 2021 r.

¹⁴ EU-CONSULT dla MRPiPS 2017 r.

niania perspektywy klienta w percepcji problemu, pracy psychologicznej z klientem, w tym motywowania go do zmiany sytuacji, w jakiej się znajduje lub do zmiany zachowania. Podnoszeniu kompetencji i rozwijaniu różnego rodzaju umiejętności służą szkolenia, kursy, konferencje. Konieczne jest, aby prowadzone w ramach tych przedsięwzięć zajęcia, miały także charakter praktyczny (warsztatowy), ponieważ taki rodzaj pracy sprzyja ćwiczeniu umiejętności i doskonaleniu pracy z klientem. Z informacji nadesłanych przez gminy (ankieta PARPA-G1) wynika, że aktywność samorządów lokalnych w tym zakresie jest ciągle niewystarczająca.

W związku z powyższym rekomenduje się:

- organizowanie i finansowanie szkoleń obejmujących zagadnienia dotyczące specyfiki zjawiska przemocy w rodzinie, konsekwencji doznawania przemocy w rodzinie, funkcjonowania osób doznających przemocy i stosujących przemoc;
- organizowanie i finansowanie szkoleń i warsztatów przygotowujących do kontaktu z członkami rodzin z problemem alkoholowym, w których dochodzi do przemocy, w szczególności motywowania klientów do zmiany mającej na celu zatrzymanie przemocy i poprawę sytuacji w rodzinie;
- organizowanie i finansowanie szkoleń i konferencji dotyczących obowiązujących procedur (w tym procedury „Niebieskie Karty”), zasad podejmowania interwencji oraz współpracy służb działających na rzecz zatrzymania przemocy w rodzinie;
- opracowywanie i upowszechnianie materiałów informacyjno-edukacyjnych na temat psychologicznych i prawnych aspektów przeciwdziałania przemocy w rodzinie adresowanych do profesjonalistów;
- zapewnienie osobom pracującym z członkami rodzin z problemem przemocy dostępu do stałej superwizji, która pozwala na analizę osobistych postaw wobec ofiar i sprawców przemocy i przekonań na temat zjawiska przemocy w rodzinie, a tym samym przekłada się na bardziej profesjonalną i skuteczną pracę z klientem.

Rekomenduje się, aby gminy zadbały o to, aby profesjonaliści pracujący z członkami rodzin z problemem przemocy posiadali certyfikat specjalisty lub konsultanta w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie, nadany przez dyrektora KCPU, który można otrzymać w ramach Programu potwierdzania kwalifikacji osób pracujących w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Więcej informacji na ten temat na stronie internetowej www.kcpu.gov.pl.

Zwiększenie dostępności i podniesienie jakości pomocy dla osób doznających przemocy

Zapewnienie natychmiastowej i bezpośredniej pomocy osobom doznającym przemocy w rodzinie jest warunkiem skutecznego zatrzymania przemocy, dotyczy to zarówno możliwości uzyskania wsparcia w ramach tzw. pierwszego kontaktu, jak i dostępu do specjalistów (prawnik, terapeuta, psychiatra itp.). Tymczasem praktyka pokazuje, że w działających placówkach, których oferta adresowana jest do osób doznających przemocy w rodzinie brakuje specjalistów z zakresu pracy z dziećmi, poradnictwa prawnego, psychologicznego, rodzinnego czy medycznego.

W związku z powyższym rekomenduje się:

- tworzenie, wspieranie i finansowanie miejsc pomocy osobom doznającym przemocy w rodzinie - dorosłym i dzieciom - oferujących kompleksową i długofalową pomoc: psychologiczną, terapeutyczną (indywidualną i grupową), socjoterapeutyczną, socjalną, medyczną itp.;
- zapewnienie dostępności specjalistów przygotowanych do pracy z członkami rodzin z problemem przemocy - dorosłymi i dziećmi;
- wdrażanie i finansowanie przedsięwzięć mających na celu zwiększenie umiejętności i możliwości radzenia sobie z przemocą (programy, warsztaty itp.) adresowanych do osób doznających przemocy w rodzinie;
- przygotowanie i upowszechnianie informacji na temat lokalnej oferty pomocy dla członków rodzin z problemem przemocy, w szczególności z problemem alkoholowym (np. ulotki, informatory, strony internetowe, ogłoszenia w mediach lokalnych).

Z badań „Ogólnopolska diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie wobec dzieci” przeprowadzonych w 2021 roku na zlecenie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej¹⁵ wynika, że osoby, które miały kontakt z instytucjami pomocowymi w czasie pandemii COVID-19 oceniają, że spadła dostępność ww. instytucji, natomiast nie wpłynęło to znacząco na pogorszenie się skuteczności otrzymanej pomocy. Pandemia wymusiła zmianę sposobu kontaktowania się i pracy z klientami na taki, który wiąże się z wykorzystywaniem elektronicznych narzędzi komunikacji (np. Skype, Zoom). Rekomenduje się więc utrzymanie i rozwijanie oferty pomocowej, polegającej także na zapewnieniu osobom doznającym przemocy (dorosłym i dzieciom) kontaktu z profesjonalistami z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych służących komunikowaniu się na odległość.

Podjęmowanie działań interwencyjnych i edukacyjnych adresowanych do osób stosujących przemoc w rodzinie

Skuteczne zatrzymanie przemocy w rodzinie jest zwykle efektem pracy ze wszystkimi członkami tej rodziny – zarówno z tymi, którzy przemoc doznają, jak i z tymi, którzy przemoc stosują. O ile w wielu gminach dostęp do różnych form pomocy dla osób krzywdzonych przez najbliższych jest stosunkowo łatwy, a oferta pomocy – rozbudowana i stabilna, o tyle deficytowe są działania dedykowane osobom stosującym przemoc domową. Pożądane jest więc prowadzenie i finansowanie przez gminy programów oddziaływań (edukacyjnych, korekcyjnych, psychologicznych, terapeutycznych) adresowanych do osób stosujących przemoc, tak aby adresaci programów mieli do nich łatwy dostęp. Ograniczona możliwość udziału w programie z uwagi na jego niedostępność negatywnie wpływa na już i tak niską motywację osobistą osoby stosującej przemoc do zmiany zachowania wobec najbliższych.

¹⁵ Kantar na zlecenie MRiPS.

W związku z powyższym rekomenduje się:

- wdrażanie i finansowanie programów oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych (jeśli osoby stosujące przemoc nie mają dostępu do tego rodzaju oddziaływań na terenie powiatu), psychologiczno-terapeutycznych oraz programów wspierających dla osób stosujących przemoc domową zmierzających do utrwalenia i wzmocnienia zmian zapoczątkowanych oddziaływaniami korekcyjno-edukacyjnymi lub psychologiczno-terapeutycznymi;
- przygotowanie przedstawicieli służb mających kontakt z osobami stosującymi przemoc do motywowania do udziału w ww. programach;
- nawiązanie i rozwijanie współpracy między przedstawicielami różnych służb, w tym przedstawicielami wymiaru sprawiedliwości (prokuratorzy, sędziowie, kuratorzy) w celu kierowania osób stosujących przemoc w rodzinie do programów korekcyjno-edukacyjnych, psychologiczno-terapeutycznych i programów wspierających.

ROZDZIAŁ IV

PROWADZENIE PROFILAKTYCZNEJ DZIAŁALNOŚCI INFORMACYJNEJ I EDUKACYJNEJ ORAZ DZIAŁALNOŚCI SZKOLENIOWEJ W ZAKRESIE ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH, PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII ORAZ UZALEŻNIENIOM BEHAVIORALNYM

4.1. Profilaktyka zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży

4.1.1. Wprowadzenie

Używanie substancji psychoaktywnych przez młodych ludzi jest najczęstszym zachowaniem ryzykownym i warto o tym pamiętać przy ustalaniu priorytetów w działaniach profilaktycznych. Picie alkoholu przez osoby niepełnoletnie często prowadzi do podejmowania innych zachowań ryzykownych, w tym sięgania po inne substancje psychoaktywne oraz może zaburzać procesy rozwojowe jednostki. Problemem jest nie tyle uzależnienie, które może dotknąć część młodych ludzi w przyszłości, ale przede wszystkim wiele szkód i nieodroczonych w czasie negatywnych konsekwencji. Wśród nich można wymienić np. upośledzenie czynności poznawczych: koncentracji uwagi, zapamiętywania, uczenia się, kontroli emocji. Wyniki ogólnopolskich badań, zrealizowanych w 2019 roku¹⁶ przez Instytut Psychiatrii i Neurologii na zlecenie PARPA i KBPN (ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), wskazują, iż chociaż raz w ciągu całego swojego życia alkohol piło 84% uczniów w wieku 15-16 lat i 96% uczniów w wieku 17-18 lat. Picie napojów alkoholowych jest na tyle rozpowszechnione, że w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem piło 47% 15-16-latków i 76% 17-18-latków. Porównanie wyników badania z 2019 roku z wynikami wcześniejszych badań wskazuje na trend spadkowy rozpowszechnienia picia w młodszej grupie badanych, zapoczątkowany w 2007 roku. Wcześniej obserwowano tendencję wzrostową.

Choć badania z ostatnich lat wskazują na to, że rośnie grupa abstynentów, to nadal odsetek tych, którzy przechodzą inicjację alkoholową przed ukończeniem 18. roku życia, jest wysoki.

¹⁶ Raport z badań ESPAD (2019) dostępny pod linkiem: https://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1880417 (dostęp: 3.11.2022).

W ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem picie alkoholu deklarowało 46% 15–16-letnich chłopców i 47% dziewcząt (w roku 2015 było to odpowiednio 50% i 47%). W grupie 17–18-latków do picia w ciągu ostatnich 30 dni przyznało się 76% chłopców (w 2015 roku – 83%) i 75% dziewcząt (w 2015 roku było to 81%).

W przypadku używania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia eksperymentowania znajdują się marihuana i haszysz, na drugim leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza, a na trzecim miejscu substancje wziewne. Następnie najczęściej używane są leki przeciwbólowe bez przepisu lekarza, amfetamina, ecstazy, LSD i inne halucynogeny.

Wyniki badań „Młodzież 2021”¹⁷ przeprowadzonych przez CBOS w roku 2021 wskazują, że najczęściej używanymi przez uczniów – ostatnich klas szkół ponadpodstawowych – nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi były marihuana i haszysz. Do przyjmowania ich kiedykolwiek w życiu przyznało się 36% uczniów, a w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie marihuanę lub haszysz zażywał co piąty z badanych uczniów. Natomiast często – tj. w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem – co dziesiąty. Kolejną, najbardziej rozpowszechnioną nielegalną substancją była amfetamina. W roku 2021 do eksperymentów z tą substancją przyznało się 6% uczniów. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie amfetaminę zażywało 3%, a w ciągu ostatnich 30 dni – 2% badanych uczniów.

W przypadku nowych substancji psychoaktywnych, tzw. dopalaczy, odnotowano spadek używania tych substancji. W roku 2021 odsetek badanych uczniów, którzy z nimi eksperymentowali, wyniósł 2,6%. W ciągu ostatniego roku oraz miesiąca poprzedzającego badanie tzw. dopalaczy używało ok. 0,3% uczniów. Są to najniższe wskaźniki od początku prowadzenia przez CBOS badań – to jest od roku 2008 (CBOS, 2022).

Szczególny niepokój powinny budzić znaczne odsetki młodzieży sięgającej po alkohol w połączeniu z lekami działającymi na ośrodkowy układ nerwowy lub narkotykami. Łączenie różnych substancji psychoaktywnych stanowi wysokie zagrożenie dla zdrowia ze względu na wzmacnianie efektów poprzez interakcję między nimi.

Zapoznanie się ze szczegółowymi wynikami diagnozy populacji młodych ludzi daje nie tylko możliwość dokonywania porównań z wynikami badań lokalnych, ale pozwala także na określenie tych obszarów, które wymagają większej uwagi ze strony służb i instytucji oraz osób pracujących z dziećmi i młodzieżą. Analiza wyników poszczególnych edycji badań wskazuje na pewne pozytywne tendencje. Nadal jednak niektóre dane są niepokojące, np. wciąż wysoka dostępność alkoholu dla młodych ludzi: piwo za niemożliwe do zdobycia uznało zaledwie 4,6% uczniów młodszych i 1,7% starszych (badania ESPAD z 2019 roku).

¹⁷ *Młodzież 2021*. Raport z badań ilościowych zrealizowanych przez Fundację CBOS, Warszawa, luty 2022.

Zgodnie z zapisami art. 4¹ ust. 1 pkt 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych jest zadaniem własnym gmin, realizowanym w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Natomiast zgodnie z zapisami art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2020 r. poz. 2050, z późn. zm.) przeciwdziałanie narkomanii należy do zadań własnych gminy, i obejmuje m.in.: prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć sportowo-rekreacyjnych dla uczniów, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych.

W związku z realizacją wyżej wymienionego zadania samorządy lokalne w 2021 roku na działania związane z profilaktyką przeznaczyły ze środków pochodzących z opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych ok. 70 mln złotych. Kolejne 60 mln złotych przeznaczono na pozalekcyjne zajęcia sportowe. Wydaje się, że są to niemałe kwoty, umożliwiające prowadzenie działań profilaktycznych na szeroką skalę, choć z powodu epidemii COVID-19 kwoty te były mniejsze, niż wydatkowane w roku 2019. Nie zawsze jednak powszechność realizowanych działań idzie w parze z ich wysoką jakością, a decyzje o realizacji konkretnych przedsięwzięć podejmowane są bez należytego oparcia w diagnozie i bez wykorzystania wiedzy naukowej na temat skutecznych strategii profilaktycznych. W co trzeciej gminie (807 gmin) realizowany jest program znajdujący się w bazie rekomendowanych programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego (dostępnej na stronie www.programyrekommendowane.pl). Na realizację rekomendowanych programów znajdujących się w ww. bazie wydano około 27% środków przeznaczonych przez gminy na programy i działania profilaktyczne.

Należy zwrócić uwagę na fakt, że wśród działań uruchamianych przez gminy znajdują się nie tylko takie, o których skuteczności w zakresie ograniczania spożycia alkoholu i używania innych substancji psychoaktywnych wśród młodych ludzi nic nie wiemy, ale także takie, które w wyniku prowadzonych badań naukowych uznano za nieskuteczne. Dotyczy to przede wszystkim krótkich, incydentalnych form edukacji, takich jak: prelekcje, pogadanki, konkursy, spektakle, festyny. Przygotowując się do realizacji działań profilaktycznych, na początku należy ocenić, w jakim obszarze nasze wsparcie będzie najbardziej potrzebne. Obecnie stosowane poziomy profilaktyki (uniwersalna, selektywna i wskazująca) są wyodrębnione ze względu na kryterium dotyczące oceny stopnia zagrożenia rozwojem zachowań ryzykownych wśród dzieci i młodzieży. Pozwalają one bardziej precyzyjnie określić granicę między profilaktyką i promocją zdrowia, a także między profilaktyką i leczeniem uzależnień oraz zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych.

4.1.2. Profilaktyka zaadresowana do dzieci i młodzieży

Czynniki ryzyka i czynniki chroniące

Podstawą teoretyczną dla realizacji działań profilaktycznych zarówno w obszarze używania substancji psychoaktywnych, jak i zagrożeń uzależnieniami behawioralnymi jest wiedza o czynnikach chroniących i czynnikach ryzyka. Duża grupa takich czynników jest wspólna dla większości uzależnień behawioralnych (np. nałogowy hazard, sieciaholizm, zakupoholizm, uzależnienie od gier wideo) oraz dla tradycyjnych zachowań ryzykownych (np. używanie substancji psychoaktywnych, przemoc, wykroczenia).

Na podstawie wyników wielu badań za czynniki chroniące uznaje się:

- pozytywne relacje z ważnymi osobami z najbliższego otoczenia, w tym z rodzicami lub opiekunami oraz z rówieśnikami i innymi znaczącymi osobami (np. posiadanie mentora), kontrolę rodzicielską, ale i zaangażowanie rodziców w życie dziecka, ciepło, silne więzi rodzinne, jasne zasady i standardy zachowania, poczucie zaufania i wsparcia);
- cechy indywidualne młodego człowieka (takie jak zdolność koncentracji uwagi, umiejętność radzenia sobie z negatywnymi emocjami, zrównoważony temperament, pozytywny obraz siebie, kompetencje psychospołeczne, wiara);
- jakość szkolnictwa (np. pozytywny klimat szkoły, wysoka jakość nauczania);
- zasoby pozarodzinnego otoczenia społecznego i miejsca zamieszkania (zorganizowane zajęcia pozaszkolne, bezpieczne sąsiedztwo, dostęp do pomocy medycznej psychologicznego itd.);
- czynniki związane z rówieśnikami, np. posiadanie prospołecznych rówieśników, otaczanie się rówieśnikami, którzy nie zachowują się w sposób problemowy).

Do wspólnych czynników ryzyka należą:

- brak wsparcia ze strony rodziców,
- konflikty w rodzinie,
- wrogi klimat w rodzinie,
- zaburzenia psychiczne rodziców (np. depresja),
- używanie substancji psychoaktywnych,
- silna potrzeba mocnych wrażeń,
- impulsywność i skłonność do podejmowania ryzyka,
- negatywny obraz własnej osoby,
- kłopoty w szkole i niepowodzenia w nauce szkolnej,
- brak więzi ze szkołą,
- deficyty w umiejętnościach radzenia sobie ze stresem lub trudnymi emocjami.

Poza wspólnymi czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi dla wszystkich uzależnień, są również specyficzne czynniki w przypadku każdego uzależnienia. Na przykład czynnikami ryzyka nałogowego hazardu są zniekształcenia poznawcze w ocenie szansy na wygraną w grze

losowej, predyspozycje do poszukiwania mocnych wrażeń, niska samoocena, deficyty funkcji poznawczych, rówieśnicy, którzy uprawiają gry hazardowe, łatwa dostępność do gier hazardowych, zaniedbania w sprawowaniu opieki rodzicielskiej, reklama konsumpcyjnego stylu życia. Ryzyko problemowego korzystania z Internetu jest związane z takimi czynnikami jak: niskie poczucie własnej wartości, zaburzenia nastroju, lęk, nieśmiałość, nadpobudliwość psychoruchowa, niewłaściwy monitoring zachowań dziecka w Internecie, zaburzenia zachowania i nadużywanie substancji psychoaktywnych. W piśmiennictwie podkreśla się ponadto, iż w przypadku problemowego używania Internetu istotnymi czynnikami ryzyka są nieprawidłowości w funkcjonowaniu rodziny (np. niewłaściwy monitoring zachowań dziecka) oraz deficyty relacji rodziców z dzieckiem.

Wiodące strategie profilaktyczne

Wiodące strategie profilaktyczne to takie, których zastosowanie w programie profilaktycznym przynosi pożądane i udokumentowane w badaniach zmiany w zachowaniu młodych ludzi. Należą do nich: rozwijanie umiejętności życiowych, edukacja normatywna, rozwijanie umiejętności wychowawczych rodziców i nauczycieli, wsparcie mentorów, budowanie więzi ze szkołą.

Realizowane w szkołach programy powinny uwzględniać ww. skuteczne strategie profilaktyczne i być realizowane przez profilaktyków rozumiejących specyfikę pracy z młodzieżą/rodzicami, nie zaś przez osoby do tego nieprzygotowane. Natomiast do nieskutecznych strategii profilaktycznych należą prelekcje i pogadanki prowadzone przez osoby, które poradziły sobie z uzależnieniem. Podobnie sam przekaz wiedzy o objawach zachowania nałogowego nie spowoduje, że młodzież nie będzie narażona na tego rodzaju zachowania. Więcej o skutecznych strategiach profilaktycznych oraz budowaniu programów na stronie www.programyrekomentowane.pl.

Strategie uzupełniające

Uzupełniające strategie profilaktyczne to takie, które same w sobie nie wpływają skutecznie na ograniczenie czy eliminację danego zachowania ryzykownego. Zastosowane razem ze strategiami wiodącymi wzmacniają ich pozytywne działanie. Do strategii uzupełniających należy: przekaz wiedzy, organizacja czasu wolnego, edukacja rówieśnicza, trening umiejętności odmawiania.

4.1.3. Poziomy profilaktyki

Profilaktyka uniwersalna - są to działania profilaktyczne adresowane do całych grup (populacji), bez względu na stopień indywidualnego ryzyka występowania problemów związanych z używaniem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych lub z zaburzeniami czynnościowymi. Ich celem jest zmniejszanie lub eliminowanie czynników ryzyka sprzyjających rozwojowi problemów w danej populacji i wzmacnianie czynników wspierających prawidłowy rozwój. Działania z obszaru profilaktyki uniwersalnej są realizowane na przykład w populacji dzieci i młodzieży, młodych dorosłych, w populacji rodziców posiadających dzieci w wieku szkolnym itd. Przykładem są programy opóźniania inicjacji alkoholowej lub nikotynowej, adresowane do całej populacji dzieci wchodzących w okres pierwszych eksperymentów z substancjami psychoaktywnymi.

Profilaktyka selektywna – ukierunkowana na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka. Są to działania profilaktyczne adresowane do jednostek lub grup, które ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne są narażone na większe od przeciętnego ryzyko wystąpienia problemów wynikających ze stosowania substancji psychoaktywnych, uzależnień behawioralnych lub innych zaburzeń zdrowia psychicznego. Działania z tego poziomu profilaktyki są podejmowane ze względu na sam fakt przynależności do takiej grupy, czyli np. bycie dzieckiem osoby uzależnionej od alkoholu, a nie ze względu na występowanie zaburzeń lub problemów psychicznych u takich dzieci. Profilaktyka selektywna jest więc przede wszystkim działaniem uprzedzającym, a nie naprawczym. Przykładem profilaktyki selektywnej są działania edukacyjne, opiekuńcze i rozwojowe podejmowane wobec dzieci pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym.

Profilaktyka wskazująca – ukierunkowana na jednostki (lub grupy) wysokiego ryzyka, demonstrujące wczesne symptomy problemów związanych z używaniem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych bądź problemów wynikających z uzależnień behawioralnych, ale jeszcze niespełniających kryteriów diagnostycznych uzależnienia, a także wskazujące na symptomy innych zaburzeń zachowania lub problemów psychicznych. Przykładem profilaktyki wskazującej są interwencje podejmowane wobec uczniów upijających się lub eksperymentujących z narkotykami, niektóre działania mające na celu redukcję szkód zdrowotnych lub społecznych u osób nadużywających substancji psychoaktywnych (np. działania edukacyjne i prawne zmierzające do ograniczenia liczby wypadków drogowych popełnianych przez kierowców pod wpływem tych substancji).

Z opisu programu profilaktycznego powinny jasno wynikać: rodzaj profilaktyki, do jakiej przynależy (uniwersalna, selektywna, wskazująca), jaka jest grupa odbiorców (wiek), jakie są zakładane cele programu, wykorzystywane strategie profilaktyczne, działania przewidziane do realizacji oraz rodzaj zaplanowanej ewaluacji (np. ewaluacja procesu, ewaluacja wyników).

4.1.4. Rekomendacje UNODC dotyczące skutecznych strategii profilaktycznych

Międzynarodowy zespół powołany przez UNODC (The United Nations Office on Drugs and Crime), czyli Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przeszłości opublikował w 2015 roku przegląd artykułów i badań dotyczących używania substancji psychoaktywnych, wybierając te, które były najbardziej istotne dla profilaktyki. Do oceny „jakości dowodów na skuteczność działań profilaktycznych” została opracowana i wykorzystana następująca skala: „dowody o doskonałej jakości” (5 gwiazdek), „bardzo dobre” (4 gwiazdki), „dobre” (3 gwiazdki), „odpowiednie” (2 gwiazdki) lub „ograniczone” (1 gwiazdka).

Po zakończeniu tych analiz artykuły i badania zostały podzielone na kategorie za pomocą trzech wymiarów, opisujących zanalizowane programy/interwencje profilaktyczne oraz rozwiązania legislacyjne:

- okresy rozwojowe związane z wiekiem – okres niemowlęcy i wczesnego dzieciństwa, okres wczesnoszkolny, okres dojrzewania oraz okres wczesnej dorosłości;

- środowiska, w których realizowane są programy/interwencje profilaktyczne lub których dotyczą regulacje prawne – rodzina, szkoła, miejsce pracy lub społeczność lokalna;
- poziomy profilaktyki – uniwersalna oznaczona kolorem zielonym, selektywna – żółtym, wskazująca – czerwonym.

Tabela 1. Rekomendacje UNODC (2015) dotyczące skutecznych strategii profilaktycznych

| | Okres prenatalny i niemowlęcy | Okres wczesnodziecięcy (ok. 0-5 lat) | Okres średniodziecięcy (ok. 6-10 lat) | Wczesne dorastanie (ok. 11-14 lat) | Dorastanie (ok. 15-18 lat) | Dorosłość |
|---------------------|---|--|---|--|----------------------------------|-----------|
| Rodzina | Wizyty położnej/pracownika socjalnego** | | Rozwój umiejętności wychowawczych**** | | | |
| | Praca z uzależnionymi kobietami w ciąży* | | | | | |
| Szkoła | | Edukacja przedszkolna**** | Umiejętności życiowe*** | Umiejętności indywidualne i społeczne; wpływy społeczne*** | | |
| | | | Praca z osobami zagrożonymi** | | | |
| | | | Zarządzanie klasą*** | | | |
| | | Procedury utrzymania dzieci w szkole** | Szkolne procedury i kultura/klimat szkoły** | | | |
| Społeczność lokalna | | | | Przepisy i procedury dotyczące alkoholu i tytoniu***** | | |
| | Wielowymiarowe (kompleksowe) działania w środowisku lokalnym*** | | | | | |
| | | | | Kampanie medialne* | | |
| | | | | Mentorzy* | | |
| | | | | | Działania w miejscach rozrywki** | |
| Praca | | | | | Profilaktyka w miejscu pracy*** | |
| Zdrowie | | | | Wczesne rozpoznanie i krótkie interwencje**** | | |

Jak widać w powyższej tabeli, międzynarodowe standardy obejmują bardzo szerokie spektrum adresatów, zdecydowanie wykraczając poza tradycyjne myślenie o profilaktyce jako działaniach skierowanych jedynie do dzieci i młodzieży. Dowody naukowe wskazują, że znaczące ograniczenie ryzyka rozwoju problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych można

uzyskać poprzez wdrożenie profilaktyki jak najwcześniej, np. pracując z rodzinami małych dzieci i wspierając rozwój maluchów z grup podwyższonego ryzyka na etapie przedszkola. Zwiększa to szanse dzieci na dalszy prawidłowy rozwój i realizację zadań rozwojowych, które będą się przed nimi pojawiały w kolejnych etapach życia. Jasno z tego wynika, że w budowaniu lokalnych strategii i programów należy myśleć jak najbardziej systemowo, nie ograniczając się jedynie do działań edukacyjnych skierowanych do uczniów czy haseł typu: rozbudowa oferty spędzania wolnego czasu, ale należy obejmować refleksją również takie czynniki jak: dostępność alkoholu (liczba punktów), przestrzeganie zakazu sprzedaży alkoholu nieletnim, szukanie rozwiązań problemów dla różnych grup wiekowych z naciskiem na budowanie normy na abstynencję lub uczenie kontroli nad piciem w przypadku osób dorosłych.

Coraz częściej podkreśla się też fakt, iż profilaktyką powinny zajmować się osoby, które są dobrze przygotowane do tego merytorycznie. W chwili obecnej nie ma żadnych prawnych standardów określających kompetencje osób, które podejmują się realizacji programów profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży. W związku z tym pod koniec 2021 roku za pośrednictwem systemu informatycznego Zintegrowanego Rejestru Kwalifikacji (ZSK), zostały przekazane do Ministra Zdrowia formalne wnioski o włączenie do ZSK kwalifikacji rynkowych pn. „Prowadzenie promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki uniwersalnej w zakresie używania substancji psychoaktywnych i zaburzeń behawioralnych” i „Prowadzenie selektywnej i wskazującej profilaktyki w zakresie używania substancji psychoaktywnych i zaburzeń behawioralnych oraz minimalizowania problemów związanych z tymi zachowaniami”. Prace nad ww. kwalifikacjami rynkowymi zostały podjęte z inicjatywy KBPN i trwały ponad dwa lata we współpracy z różnymi podmiotami, w tym PARPA i szkołami wyższymi. Są one kontynuowane przez KCPU. Włączenie obu kwalifikacji do ZSK pozwoli na poprawę jakości realizowanych programów profilaktycznych i stworzy przejrzyste zasady co do kompetencji osób realizujących działania profilaktyczne oraz standardów realizacji takich działań. Kompetencje, jakie powinny posiadać osoby realizujące działania profilaktyczne, są takie same – niezależnie od tego, czy głównym celem prowadzonych działań jest ograniczenie picia alkoholu, używania nielegalnych substancji psychoaktywnych czy też przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym.

4.1.5. Działania rekomendowane do realizacji w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii

Prowadzenie na terenie szkół i innych placówek oświatowych i opiekuńczo-wychowawczych programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży

Szkoły i placówki opiekuńczo-wychowawcze wydają się naturalnym miejscem do realizacji działań profilaktycznych z dziećmi i młodzieżą. Wiele zagadnień z tego obszaru jest podejmowanych w ramach normalnej pracy wychowawczej czy edukacyjnej (np. w ramach realizacji edukacji zdrowotnej). Szkoły mają obowiązek realizować takie działania zgodnie z własnymi, szkolnymi programami profilaktyczno-wychowawczymi, ale nie oznacza to, że gmina ma obowiązek wspierać finansowo wszystkie działania, które placówka zaplanuje (np. kółka zainteresowań,

zajęcia korekcyjno-wyrównawcze, pikniki szkolne, wycieczki, konkursy, świetlice szkolne itp.). Finansowanie powinno obejmować zadania ściśle związane z celami określonymi w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, czyli realizację działań profilaktycznych, a nie np. edukacyjnych, wyrównawczych, kulturalnych czy rekreacyjnych. W trakcie prac nad gminnym programem profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii nie tylko należy konsultować go ze środowiskami szkolnymi, ale również zadbać o to, by przy jego tworzeniu wykorzystano diagnozy zasobów i potrzeb w obszarze profilaktyki, tworzone co roku przez szkoły. Ważne jednak, by wsparcie ze strony samorządu obejmowało programy dotyczące przede wszystkim zagrożeń związanych z piciem alkoholu i używaniem nielegalnych substancji psychoaktywnych lub szeroki zakres zachowań ryzykownych, a nie koncentrowało się wybiórczo na pojedynczych zagrożeniach.

Działania profilaktyczne w szkole obejmują nie tylko realizację programów profilaktycznych w klasach, ale również regulacje/regulaminy szkolne oraz dbałość o pozytywny klimat społeczny szkoły

Samorząd lokalny może realizować profilaktykę nie tylko poprzez finansowanie realizacji zajęć profilaktyczno-edukacyjnych (jeżeli odbywają się w ramach zajęć pozalekcyjnych, pozaetatowych obowiązków nauczycieli), ale np. poprzez szkolenia i podnoszenie kompetencji nauczycieli czy realizatorów programów profilaktycznych. Warto podkreślić, iż w pierwszej kolejności nacisk powinien być położony na wdrażanie programów o potwierdzonej skuteczności oraz programy oparte na dowodach naukowych. Lista takich programów znajduje się na stronie www.programyrekomendowane.pl. System Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego to wspólny projekt KBPN (koordynator), Ośrodka Rozwoju Edukacji, Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. System ten został stworzony, aby upowszechniać programy profilaktyczne oparte na dowodach naukowych, popularyzować wiedzę na temat skutecznych strategii profilaktycznych oraz metod konstruowania programów. Jest to więc nie tylko baza programów rekomendowanych, lecz również narzędzia pozwalające na to, by w podobny sposób dokonywać oceny ofert, które spływają do samorządów (konstrukcja programu, formułowanie celów, dobranie odpowiednich strategii, zaplanowanie ewaluacji).

Realizacja programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego znajdujących się w bazie programów rekomendowanych

W chwili oddawania Rekomendacji do druku w bazie programów rekomendowanych znajdowało się 27 programów. Lista rekomendowanych programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego stanowi załącznik nr 3 do Rekomendacji. Przy wyborze programu warto zwrócić uwagę m.in. na jego adekwatność do problemów określonych w diagnozie lokalnej oraz do grupy docelowej (patrz również rodzaje profilaktyki opisane powyżej). W klasach młodszych realizuje się zajęcia oparte głównie na rozwoju umiejętności życiowych, ale dzięki ich wdrażaniu, jak pokazują badania międzynarodowe, w starszych klasach pojawia się mniej problemów z używaniem substancji psychoaktywnych. Wydaje się, że optymalnym czasem na działania profilaktyczne nastawione na

opóźnienie wieku inicjacji alkoholowej jest okres uczęszczania do szkoły podstawowej, i to raczej na etapie nauczania początkowego, a na pewno nie później niż w IV lub V klasie.

Treści programów powinny być dostosowane do wieku rozwojowego, a więc możliwości poznawczych, emocjonalnych i fizycznych uczniów. W związku z tym programy adresowane do uczniów młodszych powinny się koncentrować wokół zagadnień związanych z samokontrolą, emocjami, komunikacją interpersonalną, rozwiązywaniem problemów w sytuacjach społecznych oraz radzeniem sobie z zadaniami szkolnymi. W przypadku starszych uczniów (nastolatków) treści te powinny być uzupełnione o relacje z rówieśnikami, umiejętności indywidualne i społeczne, asertywność, umiejętność odmawiania używania substancji psychoaktywnych, postawy i normy przeciwnie picia alkoholu i innym zachowaniom ryzykownym, rozwijanie umiejętności uczenia się i zainteresowania osiągnięciami szkolnymi. Szkolna oferta profilaktyczna adresowana do całej populacji powinna być uzupełniona działaniami skierowanymi do grup podwyższonego ryzyka, np. dzieci nieśmiałych, odrzucanych przez rówieśników, mających kłopoty z nauką lub sprawiających trudności wychowawcze.

Realizacja profilaktyki a ograniczenia związane z pandemią COVID-19

Zagrożenie epidemiologiczne i zmiany organizacyjne związane z funkcjonowaniem placówek utrudniają realizację zajęć profilaktyczno-edukacyjnych w tradycyjnej formie. Przy trybie nauki zdalnej lub hybrydowej należy z ostrożnością podchodzić do zapewnień, iż programy profilaktyczne prowadzone online bez potwierdzonej skuteczności w badaniach ewaluacyjnych, mogą być równie skuteczne jak praca z dziećmi i młodzieżą w formule tradycyjnej.

Szkolenie przygotowujące nowych realizatorów programu i prowadzenie programu z dziećmi i młodzieżą to dwie odrębne kwestie, którym warto się przyjrzeć. Szkolenie dla realizatorów zwykle udaje się przeprowadzić przy wykorzystaniu narzędzi teleinformatycznych bez wprowadzania do programu szkolenia znaczących modyfikacji. Natomiast w przypadku zajęć profilaktycznych prowadzonych on-line dla docelowych adresatów: dzieci, młodzieży lub dorosłych nie dysponujemy wynikami badań ewaluacyjnych weryfikujących skuteczność tej formy realizacji. Nie można zatem wiarygodnie i rzetelnie orzec o pozytywnym wpływie programu na jego uczestników, przede wszystkim na oczekiwaną zmianę ich zachowania.

Wydaje się, że najlepszym rozwiązaniem w tej sytuacji jest, podobnie jak w przypadku pracy stacjonarnej, poszukiwanie programów opartych na naukowych podstawach, wykorzystujących skuteczne strategie profilaktyczne.

4.1.6. Standardy jakości w profilaktyce – wskazówki do realizacji programów profilaktycznych innych niż rekomendowane

KCPU w ramach realizacji Narodowego Programu Zdrowia co roku umożliwia m.in. bezpłatne przeszkolenie osób do realizacji wybranych programów rekomendowanych, dlatego zachęcamy do zaglądania na stronę programów rekomendowanych www.programyrekomentowane.pl.

Wypracowane w ramach Systemu Rekomendacji kryteria oceny i standardy jakości programów, dostępne na stronie www.programyrekomendowane.pl, mogą być przydatne dla osób zajmujących się np. ocenianiem ofert programów i działań profilaktycznych. Przy rozpatrywaniu różnych ofert, wniosków konkursowych lub próśb ze strony placówek oświatowych nie należy sugerować się jedynie ceną, wielkością grupy objętej oddziaływaniem, ale przede wszystkim jakością merytoryczną oferty. Najważniejszym i decydującym wskaźnikiem jakości programu powinna być jego skuteczność, udowodniona w metodologicznych, poprawnie przeprowadzonych badaniach ewaluacyjnych. Ponieważ jednak tylko nieliczne dostępne w Polsce programy zostały poddane takim badaniom, warto przyrzeć się innym kryteriom, takim jak: czas trwania zajęć, przygotowanie osób prowadzących, udział rodziców oraz jakość materiałów edukacyjnych. Dlatego też lepiej jest unikać:

- **Programów zbyt krótkich.** Programy krótkie, trwające zaledwie kilka godzin lekcyjnych, nie rokują wprowadzenia istotnych zmian w zachowaniach dzieci i młodzieży. Wyniki badań naukowych wyraźnie wskazują, że aby spowodować ograniczenie picia alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych, oddziaływania powinny być dość długie i intensywne (najlepiej 10–15 godzin w pierwszym roku) oraz utrwalane w kolejnych latach.
- **Programów prowadzonych wyłącznie przez osoby z zewnątrz, bez udziału nauczycieli.** Współczesna profilaktyka uniwersalna opiera się na systematycznej pracy wychowawczej, której nie zastąpią nawet najbardziej poruszające, jednorazowe lub krótkotrwałe wydarzenia. Dlatego też najlepszymi realizatorami działań profilaktycznych są osoby, które na stałe pracują z daną grupą dzieci lub młodzieży. Specjaliści zewnątrzni mogą oczywiście wspierać szkołę w realizacji jej zadań profilaktycznych, ale nie powinni wyręczać w tym nauczycieli.
- **Programów, które nie przewidują aktywnej współpracy z rodzicami.** Wyniki badań naukowych pokazują, że najbardziej skuteczny jest przekaz docierający do odbiorców z wielu różnych źródeł. Dlatego też dwa najważniejsze w życiu młodego człowieka środowiska wychowawcze – rodzina i szkoła – powinny ze sobą ściśle współpracować, by zmniejszyć niebezpieczeństwo wystąpienia u dziecka problemów wynikających z nieodpowiedzialnych lub ryzykownych zachowań. Ważne jest, aby przekaz kierowany do dzieci i młodzieży był spójny – ma to szczególne znaczenie w sytuacji, gdy rodzice, bagatelizując szkodliwość alkoholu, sami częstują swoje dzieci napojami alkoholowymi przy okazji domowych uroczystości. Rodzice powinni być partnerami szkoły w realizacji działań profilaktycznych, a nie – tak jak uczniowie – tylko adresatami prelekcji lub warsztatów. Dobre efekty daje angażowanie rodziców np. do wykonywania wraz z dziećmi zadań domowych dotyczących treści profilaktycznych lub organizacja zajęć, w czasie których rodzice i dzieci wspólnie się uczą i bawią.
- **Programów, których przebieg nie jest jasno opisany i nie mają one dobrze przygotowanych materiałów edukacyjnych.** Profesjonalnie przygotowany program profilaktyczny powinien być opisany w taki sposób, że każdy psycholog lub pedagog, który się z tym opisem zapozna, będzie dokładnie wiedział, jaki jest przebieg wszystkich aktywności i dlaczego zostały one zaplanowane w taki, a nie inny sposób (jaki są założenia i podstawy teoretyczne programu).

Zaleca się, by autorzy programu zapewniali wszystkim realizatorom i uczestnikom dobrze przygotowane pod względem merytorycznym i wizualnym materiały. W oczach młodzieży to bardzo podnosi atrakcyjność programu i pozwala na odniesienie się do poruszanych zagadnień również po jego zakończeniu.

W przypadku realizacji działań profilaktycznych adresowanych do grup dzieci i młodzieży zagrożonych rozwojem zachowań ryzykownych (profilaktyka selektywna i wskazująca) należy zwrócić uwagę na to, by programy te były nastawione na:

- **wzmacnianie motywacji do zmiany ryzykownego zachowania** – realizowanie krótkich interwencji profilaktycznych, które powinny być: prowadzone przez odpowiednio przeszkolone osoby (nauczyciele, pedagog szkolny, psycholog, lekarz) w bezpośrednim kontakcie (twarzą w twarz), oparte na udzieleniu wsparcia informacyjnego oraz motywowaniu do zmiany zachowania, wsparte zajęciami grupowymi o określonej strukturze, których podstawowym celem jest zachęcenie uczestników do oceny ryzyka swoich zachowań oraz przyjęcie odpowiedzialności za własne decyzje dotyczące używania substancji psychoaktywnych;
- **udzielenie długofalowego wsparcia** – przynajmniej jeden rok stałej współpracy, opartej na zaplanowanym programie o określonej strukturze, z odpowiednio przeszkoloną osobą;
- **rozwój osobistych kompetencji** – cykl zajęć od 2 do 5 sesji prowadzonych przez przeszkolonych specjalistów z uczestnikami odpowiednio dobranymi do programu na podstawie diagnozy problemów. Zajęcia są nastawione głównie na zwiększenie indywidualnych umiejętności w zakresie radzenia sobie z negatywnymi stanami emocjonalnymi (np. złością, agresją, przygnębieniem, poczuciem odrzucenia lub skrzywdzenia) oraz radzenia sobie ze stresem.

Niestety, jak pokazuje analiza danych z ankiet PARPA-G1, samorządy wciąż wybierają głównie działania o niepotwierdzonej skuteczności, takie jak: imprezy plenerowe, teatry profilaktyczne, pogadanki i projekcje filmów, zajęcia alternatywne, programy autorskie. Są one chętnie stosowane przez organizatorów/decydentów ze względu na łatwość ich wdrażania, możliwość zaangażowania dużej grupy odbiorców w jednym momencie czy też ich „widowiskowy” charakter. Tego typu działania w ocenie KCPU nie są rekomendowane do finansowania ze środków przeznaczonych na profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii.

Zgodnie ze stanowiskiem WHO, KCPU nie rekomenduje podejmowania współpracy w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych z przedstawicielami przemysłu alkoholowego. Coraz częściej zdarza się bowiem, iż za ofertą realizacji czy sfinansowania oddziaływań profilaktycznych stoi przemysł alkoholowy. W programach realizowanych na zlecenie przemysłu alkoholowego bardzo często w sposób nadmierny podkreślane są pewne treści, przy jednoczesnym ignorowaniu innych, ważnych informacji, np. skupienie się na uczeniu kontroli picia i podkreślanie kultury spożywania napojów alkoholowych, budowanie pozytywnych skojarzeń przy jednoczesnym pomniejszaniu wartości abstynencji, przemilczeniu ryzyka strat bieżących czy szkodliwości napojów alkoholowych nie tylko dla młodych ludzi, ale również dla osób dorosłych. W opinii ekspertów łączenie działań profilaktyczno-edukacyjnych związanych ze spoży-

waniem alkoholu z działalnością przemysłu alkoholowego zakłóca przejrzystość i jednoznaczność komunikatu kierowanego do młodzieży.

4.1.7. Realizacja programów profilaktycznych dla rodziców i aktywna współpraca z nimi w obszarze profilaktyki

Pozytywna i silna więź z rodzicami, normy dotyczące używania substancji psychoaktywnych wyniesione z domu oraz umiejętność budowania wokół dziecka systemu wsparcia, a nie tylko kontroli, są bardzo ważnymi czynnikami chroniącymi młodych ludzi przed sięganiem po substancje psychoaktywne. Rodzice mają największą możliwość podejmowania skutecznych oddziaływań wychowawczych. Szkoła i inne instytucje mogą wspierać rodziców w wychowaniu dzieci i uzupełniać ewentualne braki wynikające ze specyficznych trudności danej rodziny. Dlatego też rekomenduje się realizowanie działań profilaktyczno-edukacyjnych we współpracy z rodzicami, aby wspierać abstynencję dziecka i przygotowywać je do podejmowania racjonalnych i odpowiedzialnych decyzji związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Chodzi zatem nie tylko o przekazanie rodzicom informacji na temat skali problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz ich szkodliwości dla młodzieży i dorosłych, ale także o pracę nad wzmocnieniem przekonań normatywnych przeciwnych picciu alkoholu i używaniu innych substancji psychoaktywnych/narkotyków.

W ocenie specjalistów zajmujących się profilaktyką najbardziej skuteczne są programy oparte na równoległym oddziaływaniu zarówno na rodziców, jak i na dzieci. Rodzice także mogą wiele się nauczyć, uczestnicząc w warsztatach umiejętności wychowawczych. Na różnych etapach rozwoju dziecka, rodzic lub opiekun otrzymuje tam wskazówki dotyczące tego, jak może je wspierać, uczy się rozmawiać ze swoimi dziećmi o zagrożeniach, radzeniu sobie z presją rówieśników czy stawianiu granic.

Podobnie, jak w przypadku programów dla dzieci i młodzieży, należy podkreślić, iż realizując zajęcia krótkotrwałe (np. pogadanki), nie osiągniemy efektów, takich jak poprzez zajęcia realizowane w dłuższych formach. Warto zwrócić uwagę na to, iż wśród programów rekomendowanych w ramach Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego znajdują się również programy skierowane do rodziców.

4.1.8. Inne działania na rzecz dzieci i młodzieży rekomendowane do realizacji w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii

Dofinansowanie szkoleń i kursów specjalistycznych w zakresie pracy profilaktycznej z dziećmi, młodzieżą oraz rozwijanie umiejętności prowadzenia zajęć profilaktycznych organizowanych dla nauczycieli, pedagogów, psychologów

Rekomenduje się m.in.:

- organizowanie i finansowanie dla przedstawicieli placówek pracujących z dziećmi i młodzieżą szkoleń obejmujących zagadnienia dotyczące skutecznych strategii profilaktycznych;

- organizowanie i finansowanie szkoleń przygotowujących nauczycieli do realizacji programów rekomendowanych w ramach systemu rekomendacji;
- organizowanie spotkań, narad roboczych i konferencji sprzyjających wymianie doświadczeń w zakresie pracy profilaktycznej z młodzieżą.

Pożądane jest, aby szkolenia odbywały się nie tylko w formie wykładowej, ale także przy zastosowaniu technik aktywizujących uczestników (warsztaty, ćwiczenia), tak aby osoby biorące w nich udział miały możliwość nabycia praktycznych umiejętności.

Jeżeli osoby przeszkolone realizują potem różne działania nieodpłatnie (w ramach swoich obowiązków etatowych), warto zadbać o inne formy motywowania, np. organizowanie superwizji, wyposażenie w dodatkowe materiały edukacyjne, pomoce do prowadzenia zajęć.

Wdrażanie programów profilaktyczno-interwencyjnych dla upijającej się młodzieży lub używającej marihuany lub innych nielegalnych substancji psychoaktywnych

Należy oddzielić dwa obszary działań: pracę terapeutyczną po zdiagnozowaniu uzależnienia i działania profilaktyczne skierowane do osób eksperymentujących z różnymi środkami psychoaktywnymi. Programy terapeutyczne dla młodzieży uzależnionej od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych mogą być realizowane w placówkach leczenia uzależnień. W leczeniu młodych ludzi dużo częściej wykorzystuje się łączenie elementów terapii, działań edukacyjnych i pracy nad umiejętnościami społecznymi. W przypadku grup ryzyka, czyli np. młodzieży sięgającej po substancje psychoaktywne, dobre efekty przynosi strategia kształtowania umiejętności życiowych, która może być uzupełniona działaniami z obszaru tzw. alternatyw – modelowania i angażowania młodych ludzi w konstruktywne aktywności. Działania z obszaru profilaktyki wskazującej wymagają więcej wysiłku, ale są bardzo istotnym zadaniem, które powinno być podejmowane na poziomie lokalnym. Jak wskazują ogólnopolskie badania zrealizowane w 2019 roku przez Instytut Psychiatrii i Neurologii (badania ESPAD), do upicia się w ciągu ostatnich 30 dni przyznało się 12,9% chłopców w wieku 15–16 lat i 10% dziewcząt w wieku 15–16 lat – do tej grupy na pewno nie dotrzemy działaniami z obszaru profilaktyki uniwersalnej. Mimo że na przestrzeni lat liczba upijających się osób niepełnoletnich spada, to nadal jest to grupa ponad 10% młodzieży kończącej szkoły podstawowe i rozpoczynającej nowy etap edukacji.

Przykładem programu wczesnej interwencji, realizowanego lokalnie jest program FreD goes net. Skierowany jest on do młodzieży w wieku 14–21 lat używającej narkotyków okazjonalnie lub szkodliwie. Program składa się z indywidualnej rozmowy (wywiadu wstępnego) oraz 8 godzin pracy z grupą podczas 2–4 sesji. W trakcie programu stosuje się metody interaktywne stwarzające okazję uczestnikom do przemyślenia własnego zachowania związanego z używaniem substancji psychoaktywnych. Główny cel polega na jak najwcześniejszym dotarciu z wczesną interwencją do adolescentów i młodych dorosłych używających narkotyków w ryzykowny sposób. Kluczem do osiągnięcia tego celu jest budowanie współpracy między policją, wymiarem sprawiedliwości, szkołami, zakładami pracy i organizacjami pozarządowymi. Strona programu: www.programfred.pl.

Uzupełnieniem działań prowadzonych lokalnie są projekty o charakterze ogólnopolskim, np. „Pomarańczowa Linia” – telefon pomagający rodzicom dzieci, które piją/upijają się. Ogólnopolski telefon „Pomarańczowa Linia” 801 14 00 68 działa od poniedziałku do piątku w godz. 14:00–20:00. Poprzez propagowanie informacji o „Pomarańczowej Linii” jednocześnie przyczynimy się do tego, że osoby zainteresowane znalezieniem porad i pomocy, odnajdą placówki lokalne. Dla osób z problemem używania nielegalnych substancji psychoaktywnych dostępny jest bezpłatny Telefon Zaufania „Narkotyki – Narkomania” 800 199 990, czynny codziennie, w godz. 16:00–21:00. Osoby te mogą również korzystać z pomocy w ramach narkotykowej poradni online www.narkomania.org.pl. W ramach poradni można uzyskać bezpłatne konsultacje za pomocą maila lub czatu z psychologiem, prawnikiem, specjalistą psychoterapii uzależnień i lekarzem, a także samodzielnie zapoznać się z bazą placówek pomocowych dla osób i rodzin z problemem używania substancji psychoaktywnych.

Wspieranie prospołecznych działań młodzieży z udziałem mentorów/tutorów, programów liderkich i działań rówieśniczych z obszaru profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego

Utrzymywanie dobrych relacji z innymi niż rodzice, kompetentnymi i troskliwymi osobami dorosłymi (np. dziadkami, nauczycielami, mentorami) jest jednym z ważnych czynników chroniących i wspierających prawidłowy rozwój dzieci i młodzieży. Obecność takich osób dorosłych w życiu dziecka pomaga mu w nauce właściwych zachowań, kształtowaniu zainteresowań, postaw życiowych i wartości. Mentorzy/tutorzy są niezbędni we wszystkich działaniach opartych na aktywności młodzieży, takich jak np. warsztaty, szkolenia pogłębiające wiedzę i umiejętności z zakresu profilaktyki używania substancji psychoaktywnych i promocji zdrowia psychicznego, działania przygotowywane przez młodych ludzi dla swoich rówieśników lub programy aktywizujące samorządy uczniowskie, grupy liderów czy samorządy młodzieżowe. Ważną strategią w profilaktyce realizowanej przez szkoły jest również tutoring szkolny. Jest to model indywidualnej pracy z uczniem, dzięki któremu rozwijają się kompetencje wychowawcze nauczycieli, wspierające rozwój autonomii uczniów i ich odpowiedzialność za własne decyzje. Posiadanie w wieku dorastania tutora wiąże się z mniejszym nasileniem zachowań problemowych, tj. używaniem substancji psychoaktywnych, a także z bardziej pozytywnym stosunkiem do nauki i szkoły.

Szkolenia nauczycieli w zakresie pracy indywidualnej, umiejętności dawania wsparcia i pomocy w sytuacjach problemowych wydają się szczególnie istotne w sytuacji, gdy zagrożenie epidemiologiczne zmusza uczniów do izolacji w ich domach, a kontakt poprzez Internet staje się szansą nie tylko na dowiedzenie się o jakichś trudnościach, ale i zaferowania wskazówek jak sobie radzić z problemami.

Tego typu kierunki działań wymagają wsparcia i promocji ze strony samorządów, gdyż są zgodne z rekomendacjami Rady Europy, dotyczącymi działań profilaktycznych skierowanych do młodzieży.

Realizacja środowiskowych programów profilaktycznych skierowanych do dzieci i młodzieży

Programy środowiskowe nie powinny być utożsamiane z piknikami czy festynami, podczas których działania profilaktyczne stanowią mały, często uboczny element oferty rozrywkowej,

rekreacyjnej, sportowej czy muzycznej. Jeżeli samorząd decyduje się na włączenie działań profilaktycznych w tego typu wydarzenie, rekomenduje się finansowanie jedynie kosztów ściśle związanych z profilaktyką (np. druk materiałów, organizowanie punktu konsultacyjno-informacyjnego). W przypadku działań środowiskowych dla dzieci i młodzieży, oferty opartej np. na strategii alternatyw, ważne jest odpowiednie przygotowanie animatorów, opiekunów, również w obszarze profilaktyki zachowań ryzykownych.

Używanie substancji psychoaktywnych w miejscach rekreacji i wypoczynku stanowi coraz większy problem. Przyczyn tego zjawiska można upatrywać w dynamicznym rozwoju, dokonującym się na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat, w branży rozrywkowej. Jest ono również efektem zmian na scenie narkotykowej, dostosowujących rynek substancji psychoaktywnych do potrzeb uczestników imprez klubowych i festiwalu.

Partyworking to forma pracy środowiskowej, wykonywana w miejscach rekreacji i wypoczynku: klubach, dyskotekach, podczas festiwali muzycznych. Głównym celem tego typu działań jest zwiększenie bezpieczeństwa uczestników oraz zmniejszenie zagrożeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Ważną formą działań partyworkerskich są działania podejmowane w środowisku lokalnym, również poza imprezami. W tym zakresie istotne jest nawiązanie kontaktu z władzami i innymi przedstawicielami społeczności lokalnej. Wsparcie przedstawicieli różnego rodzaju instytucji i urzędów może ułatwiać np. przekonanie właścicieli lokali do włączenia się w działania partyworkerskie. Aktywna współpraca przedstawicieli różnych instytucji działających na rzecz osób używających substancji psychoaktywnych z partyworkerami, przyczynia się do skuteczniejszego działania¹⁸.

Niezwykle cenne będą projekty systematycznych i długofalowych działań, skierowanych do dzieci ze środowisk szczególnie zagrożonych zachowaniami problemowymi, np. programy animatorów podwórkowych, pedagogów ulicy. Należy zadbać o to, aby program był szczegółowo opisany i zaplanowany oraz aby jego skuteczność w obszarze ograniczania zachowań ryzykownych była poddawana ocenie. Podobnie, jak w przypadku placówek edukacyjnych, również w działaniach środowiskowych, środki pochodzące z gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii powinny być przeznaczone na działania związane bezpośrednio z profilaktyką, a nie na realizację ofert z obszaru kultury, edukacji czy sportu.

Podejmowanie działań edukacyjnych skierowanych do sprzedawców napojów alkoholowych, mających na celu ograniczenie dostępności napojów alkoholowych i przestrzeganie zakazu sprzedaży alkoholu osobom poniżej 18. roku życia

Na wysoki poziom wskaźników spożywania alkoholu przez młodych ludzi ma wpływ wiele czynników, ale jednym z ważniejszych, na który mamy możliwość oddziaływania na gruncie lokalnym,

¹⁸ Rynkiewicz, J., Siudem, A., Siudem, I., Siudem, J., Stradomska, M. (oprac.) (2020). *Partyworking. Wybrane zagadnienia*. KBPN: Warszawa.

jest dostępność napojów alkoholowych dla młodych ludzi. Jak pokazały badania ESPAD¹⁹ (*European School Survey Project on Alcohol and Drugs*) z 2019 roku, większość młodych ludzi twierdzi, że nie ma trudności z dostępem do napojów alkoholowych, nawet tych wysokoprocentowych, mimo że sprzedawanie i podawanie alkoholu osobom niepełnoletnim jest przestępstwem. Dlatego nie można pomijać w gminnym programie wszelkich działań wpływających na dostępność alkoholu dla osób niepełnoletnich. Bardzo dobrym pomysłem mogą być wszelkiego rodzaju kampanie pozytywne (np. materiały z hasłem „w tym sklepie nie sprzedajemy alkoholu niepełnoletnim”), bowiem nie tylko wpływają one zniechęcająco na młodych ludzi, ale budują również większą świadomość dorosłych, którzy częściej mogą zwracać uwagę w sytuacjach, gdy są świadkami takiej sprzedaży.

Innym obszarem działań są szkolenia właścicieli punktów sprzedaży napojów alkoholowych oraz sprzedawców. W ich programie należy uwzględnić nie tylko aspekty prawne, lecz również obszar osobistych motywacji osób sprzedających napoje alkoholowe (np. postawy rodzicielskie, mity na temat alkoholu) oraz umiejętności praktyczne (ćwiczenie scen asertywnego odmawiania). Fakt uczestniczenia w szkoleniu nie może być jednak warunkiem wydania zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych.

Dział Profilaktyki i Edukacji Publicznej KCPU dysponuje listą instruktorów przygotowanych do prowadzenia szkoleń dla sprzedawców w zakresie stosowania zakazu sprzedaży alkoholu niepełnoletnim.

Prowadzenie badań, zwłaszcza związanych z diagnozą zachowań problemowych/ używaniem substancji psychoaktywnych podejmowanych przez młodzież oraz ewaluacją programów profilaktycznych

Diagnoza środowiska uwzględniająca m.in. analizę problemu oraz zapotrzebowanie na działania z zakresu profilaktyki uniwersalnej bądź działania interwencyjne dla grup ryzyka, nie zawsze musi oznaczać przeprowadzanie szczegółowych badań socjologicznych na reprezentatywnej próbie młodzieży. Powinna jednak być rzetelną diagnozą sytuacji i określać skalę oraz rodzaj problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Przygotowując diagnozę, warto wykorzystać przede wszystkim informacje od nauczycieli i wychowawców klas, rozmowy z rodzicami i uczniami, obserwację zachowań uczniów, analizę dokumentów szkolnych i innych publikacji na tematy poświęcone profilaktyce czy wreszcie krótkie ankiety (np. dotyczące klimatu szkoły, poczucia satysfakcji z uczestniczenia w programie profilaktycznym, sposobu prowadzenia interwencji wobec uczniów sięgających po narkotyki itd.).

Oprócz realizacji diagnozy, równie ważne jest monitorowanie jakości realizowanych działań i ewaluacja ich skuteczności.

Należy podkreślić, że podstawową rolą ewaluacji jest rozwój i poprawa jakości prowadzonych działań i wyeliminowanie ewentualnych błędów. Ewaluacja nie powinna być traktowana jedy-

¹⁹ Raport z badań ESPAD (2019) dostępny pod linkiem: https://www.cinn.gov.pl/portal?id=156res_id=1880417 (dostęp: 3.11.2022).

nie jako instrument kontroli instytucji nadzorujących, ale jako wsparcie realizatorów. Trzeba ją dostosować do możliwości i potrzeb szkoły czy innych realizatorów programu. Warto wykorzystywać jakościowe metody zbierania danych (i ograniczać nadmierne ankietowanie uczniów), czyli informacje i refleksje na temat odbioru działań profilaktycznych poprzez jego realizatorów i odbiorców (uczniowie, rodzice).

Ze względu na potrzebę podnoszenia jakości prowadzonych działań władze samorządowe powinny zachęcać autorów programów profilaktycznych do przeprowadzania badań ewaluacyjnych, ułatwiać ich realizację w wymiarze finansowym i organizacyjnym czy też zachęcać do zgłaszania programów do bazy programów rekomendowanych w ramach Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego. Dla zapewnienia wysokiej jakości badań ewaluacyjnych wskazane jest nawiązywanie współpracy z ośrodkami naukowymi i profesjonalnymi badaczami.

Realizacja pozalekcyjnych zajęć sportowych

Na realizację pozalekcyjnych zajęć sportowych i imprez o charakterze rekreacyjno-sportowym samorządy lokalne wydają blisko siedmiokrotnie więcej funduszy niż na realizację rekomendowanych programów profilaktycznych, czyli ponad 47 mln złotych. Te dysproporcje są szczególnie niepokojące, zważywszy na fakt, że w wyniku prowadzonych badań naukowych nie udowodniono pozytywnego związku między uczestnictwem młodzieży w takich działaniach a zmianą ich postawy wobec substancji psychoaktywnych. Niektóre badania, np. te realizowane przez Pracownię Profilaktyki Młodzieżowej Pro-M Instytutu Psychiatrii i Neurologii wśród warszawskich gimnazjalistów, wykazały wręcz coś odwrotnego: udział w grupowych zajęciach sportowych wiązał się m.in. z większym ryzykiem angażowania się w bójki w szkole oraz spożywanie alkoholu²⁰.

Zajęcia sportowe powinny być integralnym elementem programu profilaktycznego, uwzględniającego szeroki zakres zagadnień związanych ze zdrowym stylem życia i spełniać określone kryteria pozwalające na stwierdzenie, że mogą konstruktywnie wpływać na postawy młodych ludzi wobec używek.

Zajęcia sportowe powinny się odwoływać do strategii profilaktycznych (np. osobistych decyzji abstynenckich, przekonań normatywnych, rozwijania umiejętności życiowych). Powinny także wzmacniać czynniki chroniące, zwłaszcza poprzez ukazywanie autorytetów promujących wzorzec trzeźwości (trenera, znanych sportowców, nauczycieli wychowania fizycznego itp.) z wyraźnym określeniem norm zachowania w różnych sytuacjach (postawa wobec używek, rozwiązywanie konfliktów, eliminowanie przemocy). Wskazane jest, aby osoby prowadzące takie zajęcia miały odpowiednie przygotowanie merytoryczne. Dlatego warto organizować dla nich specjalne szkolenia z zakresu znajomości strategii profilaktycznych, zasad pracy z młodzieżą z grup ryzyka i sytuacji psychologicznej dziecka w rodzinie z problemem uzależnień/przemocy.

²⁰ Bobrowski, K. (2007). *Czas wolny a zachowania ryzykowne młodzieży*. „Alkoholizm i Narkomania” t. 20, nr 3, s. 267-287. http://ain.ipin.edu.pl/archiwum/1-3/t20n3_2.pdf

Należy zwrócić uwagę również na to, by były to osoby stanowiące dobry przykład dla młodych ludzi, aby przekaz profilaktyczny był zgodny z ich rzeczywistymi zachowaniami.

4.2. Edukacja publiczna w zakresie profilaktyki problemów używania substancji psychoaktywnych

4.2.1. Wprowadzenie

Działania dotyczące edukacji publicznej stanowią jedno z zadań gminy związanych z realizacją gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Działania edukacyjne i informacyjne wzmacniają skuteczność innych narzędzi lokalnej polityki wobec substancji psychoaktywnych. W interesie każdego samorządu leży poinformowanie społeczności lokalnej o tym, gdzie i jak szukać pomocy w sytuacjach związanych z negatywnymi konsekwencjami używania alkoholu, innych substancji psychoaktywnych czy konsekwencjami uzależnień behawioralnych. Systematyczne edukowanie i szkolenia profesjonalistów pracujących zawodowo w systemie pomocy dzieciom, młodzieży, rodzinom i osobom z problemem używania substancji psychoaktywnych oraz decydentów, którzy mają wpływ na kształt lokalnej polityki wobec uzależnień, są ważnym elementem profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych w gminie. Duże znaczenie ma także aktywizacja lokalnych mediów oraz pozyskanie ich jako sprzymierzeńców w tej dziedzinie. Ponadto ważne jest promowanie aktywności gminy w zakresie profilaktyki na forum regionalnym, krajowym i międzynarodowym. To szczególnie istotna kwestia, ponieważ – w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej – polski system rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii i jego decentralizacja daje szansę każdemu samorządowi na wypracowanie skutecznych rozwiązań dostosowanych do specyfiki danej społeczności lokalnej. Poniżej prezentujemy możliwości zakresu prowadzonych działań, jak również przykłady ich realizacji.

4.2.2. Działania rekomendowane do realizacji w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii

Tworzenie sieci punktów informacyjnych

Rekomendujemy rozpowszechnianie informacji z zakresu rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii oraz uzależnieniom behawioralnym poprzez tworzenie sieci punktów informacyjnych z danymi o dostępnej ofercie pomocy na terenie gminy i/lub powiatu. W tym celu można wykorzystać tablice informacyjne w: ośrodkach pomocy społecznej, ośrodkach zdrowia, komisariatach i komendach policji, parafiach, siedzibach organizacji pozarządowych, punktach konsultacyjnych, poradniach psychologiczno-pedagogicznych, poradniach zdrowia psychicznego, świetlicach socjoterapeutycznych, sądach, szkołach, urzędach itp. Niezbędnym elementem lokalnej polityki wobec uzależnień od alkoholu, narkotyków i uzależnień behawioralnych jest rozpowszechnienie informacji o miejscach pomocy i ich ofercie w postaci ulotek, pla-

katów czy ogłoszeń prasowych. Szczególną rolę w dobie pandemii i wynikających z niej ograniczonych kontaktów bezpośrednich odgrywają informacje zawarte na stronach internetowych. Rekomendujemy zamieszczanie informacji z zakresu rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii i uzależnieniom behawioralnym zarówno na stronach podmiotów, jak i w mediach społecznościowych.

Prowadzenie stałego interaktywnego systemu informacji

Zalecamy prowadzenie działań, których celem nadrzędnym jest interaktywne i stałe rozpowszechnianie wiedzy z zakresu rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, np. wydawanie biuletynu, dodatku do gazety, stałej rubryki informacyjnej w lokalnej gazecie czy bloku informacyjnego w lokalnym radiu/telewizji, redagowanie strony internetowej poświęconej wymienionej tematyce itp. Istotnym elementem tych działań powinna być interaktywna komunikacja ze społecznością lokalną i reagowanie na jej potrzeby oraz oczekiwania.

Prowadzenie lokalnych kampanii edukacyjnych

Wspieramy ideę prowadzenia lokalnych działań kampanijnych związanych z profilaktyką uzależnień. Rekomendowane jest prowadzenie systematycznych – cyklicznych lub ciągłych – działań edukacyjnych. Należy nadmienić, że jednorazowe akcje, takie jak festyny, obchody lokalnych dni trzeźwości czy Światowego Dnia FAS²¹/Światowego Dnia Świadomości FASD²² (9 września każdego roku), happeningi, pikniki, konferencje prasowe, debaty w lokalnych mediach itp. należy organizować tylko jako element promujący inne, systematyczne działania edukacyjne. Rekomendowane jest włączanie się w ogólnopolskie kampanie edukacyjne dotyczące profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. W ramach realizowanych kampanii niezwykle ważne jest uruchamianie działań wykraczających poza przekaz medialny. Działania kampanijne należy uzupełniać konferencjami, naradami, seminariami i szkoleniami dla różnych grup zawodowych z obszaru pomocy dzieciom, młodzieży, rodzinom i osobom z problemem używania substancji psychoaktywnych oraz przeciwdziałania przemocy.

Prowadzenie działań edukacyjnych z wykorzystaniem materiałów edukacyjnych

Zalecamy wzmacnianie podejmowanych działań edukacyjnych materiałami dotyczącymi danej problematyki, takimi jak: broszury, plakaty, ulotki, jak również dedykowane strony internetowe z profilaktycznymi treściami edukacyjnymi dotyczącymi problematyki alkoholowej i narkotykowej dla określonych grup adresatów – młodzieży, rodzin, w których występuje uzależnienie, osób po doświadczeniu przemocy, pracowników służby zdrowia, pacjentów placówek leczenia odwykowego, klientów punktów konsultacyjnych, kierowców, sprzedawców itp. Warto także angażować w samorządowe działania informacyjno-edukacyjne lokalne osoby znane, tj. sportowców, artystów i inne autorytety społeczne w celu uzyskania większej skuteczności oddziaływań.

²¹ FAS – Płodowy Zespół Alkoholowy (*Fetal Alcohol Syndrome*).

²² FASD – Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (*Fetal Alcohol Spectrum Disorder*).

Rekomendujemy przekazywanie materiałów edukacyjno-profilaktycznych do placówek takich jak: szkoły, poradnie ginekologiczno-położnicze, punkty konsultacyjne, placówki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ośrodki pomocy społecznej (OPS), placówki leczenia uzależnień, jak również do policji i straży miejskiej.

Pozyskiwanie patronatów dla podejmowanych działań

Popieramy inicjatywę pozyskiwania patronatów instytucji, organizacji i firm cieszących się uznaniem oraz patronatów medialnych lokalnych i regionalnych mediów dla podejmowanych działań edukacyjnych. Nadaje to wyższą rangę przekazywanym komunikatom i potwierdza ich wiarygodność.

Edukacja lokalnych decydentów i radnych oraz przedstawicieli różnorodnych grup zawodowych

Zwracamy uwagę na istotność poszerzania wiedzy lokalnych decydentów i radnych w zakresie wagi i skali problematyki alkoholowej oraz skutecznych sposobów ograniczania problemów związanych z piciem alkoholu w społeczności lokalnej. Proponujemy zapraszanie decydentów do lokalnych debat, kampanii edukacyjnych oraz udziału w specjalistycznych szkoleniach. Edukacja może się odbywać również poprzez prenumeratę lub zakup specjalistycznych opracowań, czasopism, publikacji pogłębiających wiedzę na temat problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

Propagujemy inicjatywę edukacji przedstawicieli różnych grup zawodowych z zakresu problematyki używania substancji psychoaktywnych. Działania te mają na celu pogłębianie wiedzy i poszerzenie kompetencji osób pracujących na co dzień z klientem/pacjentem/ucznem. Wiedza konkretnych grup zawodowych w zakresie tej także szerokiej problematyki ma decydujący wpływ na jakość prowadzonych działań i usług.

Budowanie lokalnych koalicji

Podkreślamy wagę faktu budowania lokalnych koalicji na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, także w ramach porozumień z innymi samorządami lokalnymi czy współpracy z samorządem województwa. Ważne jest również nagłaśnianie tych działań przy okazji różnych wydarzeń w gminie oraz z wykorzystaniem dostępnych kanałów dystrybucji informacji: lokalne gazetki, strony internetowe, media społecznościowe.

Wspieranie edukacji osób pracujących zawodowo w systemie rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii i uzależnieniom behawioralnym

Proponujemy, by poprzez prenumeratę lub zakup specjalistycznych opracowań, czasopism, publikacji czy materiałów multimedialnych nieustannie wspierać rozwój zawodowy i kompetencje osób pracujących zawodowo w systemie rozwiązywania problemów alkoholowych **przeciwdziałania narkomanii i uzależnieniom behawioralnym**. Zachęcamy również do korzystania z zasobów internetowych prowadzonych przez instytucje zajmujące się profilaktyką, np. stron internetowych prowadzonych przez KCPU, zawierających treści edukacyjne

i informacyjne na temat profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnień behawioralnych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie: www.niebotak.pl; www.ciazabezalkoholu.pl; www.lekarzuraagujnaprzemoc.pl; www.niebieskalinia.info; www.pomaranczowalnia.pl; www.uzaleznieniabehawioralne.pl; www.powstrzymaj.pl; www.bezchemiinadrodze.pl, <https://krzywowszlo.pl>, www.dopalaczeinfo.pl; www.narkomania.org.pl, www.narkomania.edu.pl, www.programyrekomendowane.pl, www.pierwszekroki.net.

Zapraszamy również do lektury i prenumeraty czasopism adresowanych do osób, które w swojej pracy zawodowej lub działalności społecznej spotykają się z problemami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych, zaburzeniami czynnościowymi oraz przemocą w rodzinie: „Świat Problemów”; „Remedium”; „Niebieska Linia”; „Terapia Osób Uzależnionych i ich Bliskich”; „Serwis Informacyjny Uzależnienia”, „Eleuteria”.

Aktywna współpraca z lokalnymi i regionalnymi mediami

Podkreślamy ważność współpracy z mediami, również poprzez monitorowanie zawartości pojawiających się artykułów pod kątem problematyki alkoholowej i narkotykowej czy uzależnień behawioralnych, publikowanie artykułów na ten temat, w razie potrzeby przygotowywanie sprostowań, prezentowanie w lokalnych i regionalnych mediach gminnych działań profilaktycznych i ich efektów, prezentowanie wyników lokalnych badań czy planów działania itp. Współpraca z mediami jest ważnym elementem budowania społecznego poparcia dla działań w obszarze profilaktyki oraz edukacji społecznej.

Rozpowszechnianie wiedzy o rakotwórczym działaniu alkoholu

Jednym z istotnych społecznie zjawisk, któremu warto poświęcić szczególną uwagę w ramach gminnych programów rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii jest potwierdzone badaniami naukowymi rakotwórcze działanie alkoholu. Ogólnie dostępna substancja psychoaktywna, jaką jest alkohol, przyczynia się do wzrostu ryzyka zachorowania na nowotworowy – Międzynarodowa Agencja ds. Badań nad Nowotworami²³ plasuje alkohol etylowy wśród czynników najwyższego ryzyka działania kancerogenego²⁴. Alkohol zwiększa ryzyko zachorowania na przynajmniej siedem rodzajów nowotworu, w tym: raka jamy ustnej, raka wątroby, raka krtani, raka przełyku, raka piersi, raka gardła, raka jelita grubego oraz raka okrężnicy. Jak odnotowano, spożywanie tylko jednej porcji standardowej alkoholu dziennie, czyli do 10 g 100% alkoholu etylowego, może przyczyniać się do rozwoju nowotworu. Warto pamiętać, że nie rodzaj alkoholu, a jego ilość, wpływa na ryzyko zachorowania na raka. Zgodnie z danymi zebranymi przez WHO, w 2020 roku najpowszechniej występującymi nowotworami w Polsce, biorąc pod uwagę obie płcie i wszystkie grupy wiekowe, był rak: płuc, jelita grubego, piersi

²³ The International Agency for Research on Cancer (<https://www.iarc.who.int/>)

²⁴ Rungay, H., i in. (2021). Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. *Lancet Oncology*; 22: 1071–80.

i prostaty²⁵. Według prognoz Krajowego Rejestru Nowotworów²⁶ do 2025 roku nastąpi wzrost liczby zachorowań wśród kobiet o 25,1% (do 99,5 tys.) i o 13,9% wśród mężczyzn (do 90,4 tys.).

W ramach Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem²⁷ powstała lista wskazówek profilaktycznych, których stosowanie w codziennym życiu wpisuje się w profilaktykę zdrowotną. W dokumencie „12 sposobów na zdrowie” wskazano działania, które ograniczają ryzyko zachorowania na raka. Wśród wartych do zastosowania wskazówek znalazły się takie jak: nie pal tytoniu; utrzymuj prawidłową masę ciała; bądź aktywny fizycznie; odżywiaj się zdrowo; ogranicz spożycie alkoholu bądź całkowicie z niego zrezygnuj (abstynencja pomaga zapobiegać nowotworom); unikaj nadmiernej ekspozycji na słońce; szczep swoje dzieci przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B i wirusowi HPV; zgłaszaj się na badania przesiewowe. Powyższy materiał może stanowić podstawę do różnorodnych działań edukacyjno-profilaktycznych adresowanych do poszczególnych grup odbiorców.

Warto podkreślić, że zaplanowana na lata 2020–2030 Narodowa Strategia Onkologiczna (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna-nso>) koncentruje się na szeroko pojętych działaniach edukacyjnych i profilaktycznych, a jedną z jej odsłon jest realizowana przez Ministerstwo Zdrowia kampania Planuj Długie Życie (www.planujedlugiezycie.pl).

Z uwagi na rosnące rozpowszechnienie chorób nowotworowych, które stają się jedną z chorób cywilizacyjnych na świecie, ważnym działaniem staje się podejmowanie zagadnienia rakotwórczego wpływu alkoholu na organizm człowieka. Działania edukacyjne i zarazem profilaktyczne na szczeblu lokalnym, krajowym, jak i globalnym, są cennym elementem przeciwdziałania wzrostowej tendencji chorób nowotworowych. Dlatego też szczególnie zachęcamy do podejmowania działań różnorodnych i skierowanych do szerokiego grona odbiorców, takich jak:

- upowszechnianie wśród personelu medycznego placówek podstawowej opieki zdrowotnej materiałów dotyczących rakotwórczego działania alkoholu;
- edukację przedstawicieli różnych grup zawodowych mających bezpośredni kontakt z pacjentem/klientem (w szczególności specjalistów zawodów związanych ze zdrowiem fizycznym i psychicznym jednostki np. terapeutów uzależnień, psychologów i psychoonkologów; dietetyków; fizjoterapeutów; pracowników społecznych; kuratorów społecznych) z zakresu rakotwórczego działania alkoholu i jego wpływu na stan zdrowia człowieka;
- prowadzenie działań edukacyjnych w ramach zajęć szkolnych w edukacji ponadpodstawowej i wyższej;
- nagłaśnianie tematu rakotwórczego działania alkoholu w lokalnych mediach i prasie, jak również portalach tematycznych związanych z zachowaniami prozdrowotnymi;
- pozyskiwanie do współpracy specjalistów, w tym onkologów jako wsparcie merytoryczne i eksperckie w prowadzonych działaniach.

²⁵ Globalcan 2020, <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/616-poland-fact-sheets.pdf> (dostęp: 12.10.2022).

²⁶ Nowotwory Złośliwe w Polsce – Raport 2019 http://onkologia.org.pl/wpcontent/uploads/Nowotwory_2019.pdf (dostęp: 12.10.2022).

²⁷ Europejski Kodeks Walki z Rakiem http://12sposobnazdrowie.pl/12_sposobow.pdf (dostęp: 12.10.2022).

Każde działanie podjęte w ramach tematu rakotwórczego wpływu alkoholu na organizm człowieka jest budowaniem świadomości zagadnienia w społeczeństwie, co daje szansę na zmianę postaw i wdrażanie zachowań prozdrowotnych.

Zachęcamy do korzystania z materiałów edukacyjno-profilaktycznych znajdujących się na stronie KCPU – www.kcpu.gov.pl.

4.3. Przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym jako element gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii

4.3.1. Informacje prawne

Ustawa z dnia 17 grudnia 2021 roku o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw wprowadziła do programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii zadania dotyczące przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym.

Zgodnie z art. 4¹ ust. 2 realizacja zadań, o których mowa w ust. 1, jest prowadzona w postaci uchwalonego przez radę gminy gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, który stanowi część strategii rozwiązywania problemów społecznych, który uwzględnia cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, określone w Narodowym Programie Zdrowia. Elementem gminnego programu mogą być również zadania związane z przeciwdziałaniem uzależnieniom behawioralnym. (...)

W art. 4¹ ust. 1 zawężono zakres tych działań do prowadzenia profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej oraz działalności szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii oraz uzależnieniom behawioralnym. Oznacza to zatem na przykład, że nie ma możliwości sfinansowania terapii uzależnień behawioralnych w ramach ww. programów.

4.3.2. Dane epidemiologiczne

Biorąc pod uwagę krótki czas na diagnozę i wdrożenie nowych przepisów, przedstawiamy Państwu kilka danych epidemiologicznych dotyczących rozpowszechnienia i uwarunkowań (czynników ryzyka i czynników chroniących) uzależnień behawioralnych. Pragniemy także zwrócić uwagę, że sposób prowadzenia lokalnych diagnoz nie musi oznaczać prowadzenia obszernych badań ilościowych. W małych społecznościach lokalnych być może stosowniejszą formą diagnozy będą badania jakościowe (rekomendowane także do stosowania w miastach), takie jak wywiady czy obserwacje, w przypadku większych społeczności można przeprowadzać badania ilościowe na losowo wybranych reprezentatywnych próbach. Natomiast w każdej gminie diagnoza powinna uwzględniać statystyki oraz informacje z instytucji zajmujących się/reagujących na problemy uzależnień, takich jak np. policja, pomoc społeczna, placówki leczenia uzależnień i szkoły.

4.3.3. Zjawisko uzależnień behawioralnych w populacji 15+

Hazard

W 2019 roku osoby grające w czasie ostatnich 12 miesięcy na pieniądze stanowiły 37,1% populacji osób w wieku powyżej 15. roku życia²⁸. W porównaniu z wynikami uzyskanymi w poprzednim badaniu, przeprowadzonym w 2015 roku, odsetek ten wzrósł o 2,9 punktu procentowego. Polacy najczęściej grają w gry Totalizatora Sportowego (27,4%). Na kolejnym miejscu, ze znacznie słabszym wynikiem, plasują się zdrapki (16,3%), a dalej loterie lub konkursy SMS-owe (6,3%) oraz automaty do gier z tzw. niskimi wygranymi (3,8%). Spośród wszystkich grających, 32,8% Polaków gra bez ryzyka powstania problemów, 2,7% charakteryzuje się niskim poziomem ryzyka uzależnienia, 0,9% – poziomem umiarkowanym i tyle samo (0,9%) gra na pieniądze w sposób wysoce ryzykowny (zagrożenie patologicznym hazardem). Liczbę Polaków w wieku 15+ uprawiających obecnie patologiczny hazard szacujemy na ok. 27 tys. osób. W poprzedniej edycji badania, w 2015 roku, liczbę grających patologicznie szacowano na 34 051 osób, co oznacza, że w ciągu tego okresu nastąpił spadek o blisko 20%. W porównaniu z poprzednim badaniem spadła także częstość grania na pieniądze wśród ogółu Polaków, przy czym największe spadki częstości grania nastąpiły w przypadku gier na automatach. Liczba grających codziennie lub kilka razy w tygodniu spadła z 31,4% do 8,8%, co prawdopodobnie należy wiązać z efektem nowelizacji ustawy hazardowej, która miała miejsce w 2017 roku i ograniczyła możliwość uprawiania hazardu, między innymi grania na – powszechnie kiedyś dostępnych – automatach z tzw. niskimi wygranymi.

Porównując cechy społeczno-demograficzne można najogólniej wnioskować, że częściej grają na pieniądze: mężczyźni niż kobiety; ludzie młodzi w wieku 18–34 lata; mieszkańcy miast niż mieszkańcy wsi; ludzie dobrze wykształceni niż słabo wykształceni; zarabiający lepiej niż zarabiający gorzej; ludzie oceniający swoją sytuację materialną jako dobrą niż ludzie oceniający ją jako złą.

Internet

Trzy czwarte Polaków w wieku powyżej 15. roku życia deklaruje korzystanie z Internetu. W stosunku do pomiaru z 2012 roku nastąpił przyrost odsetka o prawie 13 punktów procentowych. Przeważająca większość korzystających z sieci (98,0%) to przeciętni użytkownicy, niemający w codziennym życiu problemów w związku z korzystaniem z Internetu. Problem z uzależnieniem od Internetu (wymienne bywa stosowane określenie „problemowe użytkowanie Internetu – PUI”) dotyczy obecnie 0,03% badanej populacji, co stanowi 0,04% korzystających z sieci. Zagrożonych uzależnieniem od Internetu jest 1,4% ogółu badanych, co stanowi 1,9% korzystających z Internetu. W liczbach bezwzględnych jest to – szacunkowo – ok. 465 000 osób. Zagrożeń uzależnieniem lub już uzależnieni rekrutują się głównie spośród osób poniżej 25. roku życia, przy czym najbardziej zagrożeni są niepełnoletni.

²⁸ CBOS (2012), *Raport z badań Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych* (dostęp online: <https://www.kbpn.gov.pl/portals?id=1768880>)

Zakupy

Poziom zagrożenia kompulsywnymi zakupami notuje się na podobnym poziomie, co w latach ubiegłych. Symptomy kompulsywnego kupowania w 2019 roku wykazywało 3,7% populacji Polaków w wieku powyżej 15. roku życia, co w liczbach bezwzględnych można oszacować na ponad milion osób. W stosunku do roku 2015 notuje się nieznaczny spadek liczby osób zagrożonych. Zjawisko kompulsywnego kupowania różnicuje przede wszystkim wiek – dotyczy ono w głównej mierze ludzi młodych. Najliczniejszą grupę stanowią osoby w wieku 25–34 lata, choć w stosunku do poprzedniego pomiaru zjawisko kompulsywnego kupowania wyraźnie nasiliło się wśród ludzi bardzo młodych (15–17 lat). Podobnie jak we wcześniejszych badaniach, na kompulsywne zakupy bardziej narażone są kobiety niż mężczyźni. W grupie zagrożonych mężczyzn najwięcej jest chłopców w wieku od 15 do 17 lat, zaś w grupie kobiet – osób od 25 do 34 lat. Wyniki badania wskazują także na współwystępowanie uzależnień behawioralnych – osoby przejawiające symptomy uzależnienia od zakupów częściej niż niezagrożeni wykazują także objawy innych problemów behawioralnych. Więcej niż jedna piąta z tej grupy, to osoby mające jednocześnie problem z uzależnieniem od pracy; więcej niż co siódmy jest zagrożony uzależnieniem od Internetu.

Praca

W 2019 roku prawie jedna dziesiąta Polaków powyżej 15. roku życia (9,1%) miała problem z uzależnieniem od pracy. Zarówno uzależnienie, jak i zagrożenie uzależnieniem dotyka przede wszystkim młodych dorosłych, poniżej 35. roku życia, w szczególności osoby w wieku 25–34 lata. Istotnym czynnikiem ryzyka są różne aspekty aktywności zawodowej. Zagrożeniu pracoholizmem sprzyja w szczególności praca na własny rachunek, natomiast czynnikiem zagrażającym w kontekście uzależnienia od pracy jest pełnienie funkcji kierowniczych, odpowiedzialność za pracę innych osób lub kierowanie projektami. Wyniki badania z 2019 roku, podobnie jak w poprzednich badaniach, wskazują, że na poziomie ogólnym w badanej populacji Polaków w wieku 15+ zagrożenie pracoholizmem dotyka kobiety i mężczyzn w podobnym stopniu.

4.3.4. Zjawisko uzależnień behawioralnych w grupie młodzieży szkolnej.

Granie w gry hazardowe

W gry hazardowe, czyli takie, w których można wygrać lub przegrać pieniądze, chociaż raz, kiedykolwiek w życiu grało 18,2% badanych piętnasto–szesnastolatków oraz 21,4% siedemnasto–osiemnastolatków. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem uczestniczyło w grach hazardowych 5,5% uczniów z młodszej kohorty i 7,9% uczniów ze starszej kohorty. Porównanie wyników z 2019 roku z wynikami wcześniejszych badań wskazuje na trend spadkowy odsetka badanych, którzy grali w gry hazardowe kiedykolwiek w życiu, oraz tych, którzy robili to w czasie ostatnich 12 miesięcy. Wskaźnik grania w czasie ostatnich 30 dni w starszej kohorcie nie uległ zmianie, zaś w młodszej zmniejszył się dopiero w 2019 roku. W obu badanych kohortach rozpowszechnienie grania w gry hazardowe jest większe wśród chłopców niż wśród dziewcząt.

W młodszej kohorcie uczniowie, których według wyników testu przesiewowego LIE/BET²⁹ można było zaliczyć do grona graczy problemowych stanowili 1,3% badanych, zaś w starszej – 1,2%.

Media społecznościowe

W badaniu ESPAD³⁰ zawarto też pytania dotyczące korzystania z mediów społecznościowych, takich jak Twitter, Facebook czy Skype oraz grania w gry na urządzeniach elektronicznych (komputer, smartfon, konsola, gry wideo). Analiza typowego dnia nauki szkolnej młodszej badanej grupy (15–16 lat) pokazuje najliczniejszą podgrupę badanych, która korzysta z mediów społecznościowych 2–3 godziny dziennie (30,1%), mniej osób poświęca na tę aktywność ok. 4–5 godzin (20,2%). W przypadku typowego dnia weekendowego, dominują dwie podgrupy badanych: podgrupa korzystająca ponad 6 godzin dziennie (26,4%) oraz korzystająca ok. 2–3 godzin (24,6%). W starszej grupie wiekowej, w typowym dniu nauki w szkole, największy odsetek uczniów poświęca na korzystanie z mediów społecznościowych 2–3 godziny dziennie (33,7%) lub około 4–5 godzin dziennie (20,4%). W trakcie weekendu dominuje korzystanie z mediów społecznościowych 2–3 godziny dziennie (27,2%), około 4–5 godzin dziennie (25,7%) lub 6 godzin lub więcej (25,2%). Czas spędzany w Internecie nie jest wskaźnikiem świadczącym o uzależnieniu, natomiast jest sygnałem ostrzegawczym wymagającym analizy i monitorowania ze strony rodziców. Większa ilość czasu wolnego w weekend wydaje się sprzyjać dłuższemu korzystaniu z mediów społecznościowych, zwłaszcza w przypadku młodszej grupy wiekowej.

Kolejna badana kwestia dotyczy symptomów nadmiernego korzystania z mediów społecznościowych, takich jak Twitter, Facebook czy Skype. W młodszej grupie 44,0% badanych twierdzi, że spędza za dużo czasu w tych mediach, około 40,9% jest zdania, że ich rodzice uważają, że poświęca na tę aktywność za dużo czasu. Co szósty (17,4%) ma zły humor, jeśli nie ma dostępu do tych mediów. W starszej grupie rozkład odpowiedzi jest podobny – analogiczne odsetki wynoszą 46,4%, 35,9% oraz 13,4%.

Gry cyfrowe

Uczniowie zostali także zapytani o symptomy nadmiernego korzystania z gier wideo na urządzeniach elektronicznych, takich jak komputer, smartfon, konsola. W młodszej grupie 21,7% badanych jest zdania, że ich rodzice uważają, że poświęcają na tę aktywność za dużo czasu, 17,1% badanych twierdzi, że spędza za dużo czasu na graniu w gry, a 9,0% badanych ma zły humor, jeśli nie ma dostępu do tych gier. W starszej grupie analogiczne odsetki są niższe, 14,0% uczniów uważa, że spędza za dużo czasu na graniu, takiego zdanie jest 16,5% ich rodziców, a 6% ma zły humor, gdy nie może grać.

²⁹ KWESTIONARIUSZ LIE/BET

Johnson, E.E., Hammer, R., Nora, R.M., Tan, B., Eistenstein, N., & Englehart, C. (1988). The lie/bet questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychological Reports*, 80, 83–88.

³⁰ Raport z badań ESPAD (2019) dostępny pod linkiem: https://www.cinn.gov.pl/portal?id=156&res_id=1880417 (dostęp: 3.11.2022).

Czas spędzany w Internecie

Od pierwszych edycji badania „Nastolatki 3.0”³¹ obserwowany jest stały wzrost liczby godzin przeznaczanych przez młodzież na korzystanie z Internetu. Obecnie nastolatki spędzają w sieci średnio 4 godziny i 50 minut dziennie (2014 r. – 3 godziny 40 minut, 2018 r. – 4 godziny 12 minut). W dni wolne od zajęć szkolnych czas ten wydłuża się średnio do 6 godzin i 10 minut. Co szósty nastolatek w dni wolne (16,9%) intensywnie korzysta z Internetu w godzinach nocnych (po godzinie 22:00). Rodzice nie doszacowują czasu, jaki ich nastoletnie dzieci spędzają w Internecie, oraz nie kontrolują korzystania z sieci w godzinach nocnych. W opinii rodziców ich dzieci korzystają z sieci średnio 3 godziny i 38 minut. Jedynie 1,8% rodziców wskazuje, że ich dzieci korzystają z Internetu w czasie przeznaczonym na sen (po 22:00).

Inicjacja internetowa

Badania wskazują, że młodsi uczniowie rozpoczynają samodzielne korzystanie z Internetu (bez nadzoru rodziców) wcześniej niż ich starsi koledzy. Średnia inicjacji internetowej w szkole podstawowej wynosi 6 lat i 8 miesięcy. Uczniowie szkół średnich (17 l.) deklarują, iż zaczęli samodzielnie używać Internetu w wieku – 8 lat. W 2016 roku średnia ta wynosiła 9 lat 5 miesięcy. Niektóre dzieci rozpoczynają samodzielne użytkowanie Internetu mając zaledwie 4 lata (4,6%). Dzieci coraz wcześniej otrzymują własne urządzenia z dostępem do Internetu. Największy odsetek uczniów (40,7%) deklaruje, że pierwszy telefon z dostępem do Internetu otrzymało w wieku 9–10 lat, jednak co piąty nastolatek wskazuje, że już w wieku 7–8 lat miał do dyspozycji telefon z dostępem do sieci (20,5%). Biorąc pod uwagę mobilność takiego urządzenia, można zakładać niekontrolowany dostęp do urządzeń cyfrowych umożliwiających łączenie się z Internetem nawet w grupie bardzo małych dzieci.

Problemowe użytkowanie Internetu (PUI)

Co trzeci nastolatek (33,6%) ma objawy problemowego użytkowania Internetu (PUI), a trzech na stu – osiąga bardzo wysokie wskaźniki problemów (3,2%). Wyniki w poszczególnych podskalach (zjawisko mierzono testem E-SAPS18) wskazują, że najsilniejszymi komponentami PUI są: tolerancja (eskalacja częstości i/lub wielkości bodźca) oraz objawy somatyczne spowodowane użytkowaniem smartfona (ból w nadgarstku lub karku, zawroty głowy, pogorszenie wzroku, zmęczenie, niewyspanie). 64,1% badanych nastolatków przyznaje, że powinna mniej korzystać z telefonu. Prawie co trzeci nastolatek (29,8%) odczuwa potrzebę korzystania stale ze smartfona, a 50,2% podaje, że korzysta z telefonu dłużej niż zamierzała. Co trzeci nastolatek (31,0%) przyznaje, że nie jest w stanie funkcjonować bez smartfona, a co czwarty (24,8%) odczuwa zniecierpliwienie oraz zdenerwowanie, gdy nie może z niego korzystać. 37,9% młodych ludzi podejmuje zakończone niepowodzeniem próby ograniczania korzystania z telefonu, 26,1% z powodu używania go zaniedbuje zaplanowane czynności lub obowiązki. Kategorią nastolat-

³¹ Raport z badań *Nastolatki 3.0* (2021) dostępny na stronie <https://www.nask.pl/pl/raporty/raporty/4295.RAPORT-Z-BADAN-NASTOLATKI-30-2021.html> (dostęp: 3.11.2022).

ków, która relatywnie najmocniej jest obciążona problematycznym użytkowaniem Internetu, są dziewczęta uczęszczające do szkoły ponadpodstawowej.

Co ciekawe, na rzecz możliwości dłuższego spędzania czasu w Internecie co trzeci nastolatek (30,6%) byłby gotów zrezygnować z udziału w nabożeństwie, a co piąty z odrabiania lekcji i nauki (23,2%). 27% byłoby w stanie zrezygnować z oglądania telewizji, 20,6% z dodatkowych zajęć pozaszkolnych, 19,7% z wywiązywania się z obowiązków domowych, a 13,4% ze sportu i aktywności fizycznej.

Rodzice mają świadomość problemu, lecz nie mają dość dokładnego wglądu w to, jak bardzo smartfony i Internet stały się częścią życia ich dzieci. Czterech na pięciu rodziców wskazuje, że ich dziecko powinno mniej korzystać ze swojego telefonu/smartfona (79,6%), jednak w większości przypadków rodzice nie doszacowują skali problemu w poszczególnych wskaźnikach PUI np.: tolerancja, wycofanie, objawy somatyczne. Przykładowo tylko 14,8% rodziców dostrzega, że ich dziecko ma problemy w funkcjonowaniu bez smartfona (przyznaje się do tego 31,0% nastolatków), a 26,2% zauważyło nieudane próby ograniczania korzystania z telefonu przez dziecko (takie próby podejmuje 37,9% nastolatków).

4.3.5. Korzystanie z urządzeń mobilnych przez dzieci

W badaniach CBOS w 2019 roku³² po raz pierwszy uwzględniona została kwestia kontaktu małych dzieci z Internetem poprzez blok pytań adresowanych do rodziców bądź opiekunów dzieci w wieku 1–5 lat. Z deklaracji rodziców wynika, że z urządzeń mobilnych korzysta jedna trzecia dzieci między 12. a 23. miesiącem życia i blisko dwie trzecie dzieci mających od 2 do 5 lat. Wśród najmłodszych dzieci średni czas spędzany w ciągu dnia z mobilnym ekranem wynosi 44 minuty, a wśród starszych – 49 minut. Na ogół spędzają one czas z urządzeniami przenośnymi w towarzystwie rodziców lub innych osób dorosłych, w mniejszym stopniu same. Jak deklarują rodzice, treści, z którymi dzieci mają styczność poprzez mobilne ekrany, przeważnie są dostosowane do ich wieku, można jednak zauważyć, że najmłodsze dzieci (12–23 miesiące) około trzykrotnie częściej niż te starsze (2–5 lat) konsumują treści zróżnicowane, nie tylko takie, które są adresowane wyłącznie do dzieci. Najwięcej badanych mających dzieci poniżej 6. roku życia wykorzystuje urządzenia mobilne do zajęcia czasu nudzącym się podopiecznym. Rządziej stosuje się je po to, aby dzieci uspokoić, a jeszcze rzadziej, by je za coś nagrodzić lub skłonić do zjedzenia posiłku. Rodzice dzieci w wieku od 2 do 5 lat wyraźnie częściej niż opiekunowie młodszych wprowadzają urządzenia przenośne w celu gratyfikacji oraz niwelowania nudy. Ta ostatnia motywacja – oferowania dzieciom smartfonów i tabletów jako sposobu na nudę – jest najsilniej skorelowana z czasem, jaki spędzają one przed mobilnymi ekranami.

³²CBOS (2012), Raport z badań *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych* (dostęp online: <https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=1768880> (dostęp: 3.11.2022)).

Powyższe dane korespondują z badaniami pod nazwą „Brzdąc w sieci – zjawisko korzystania z urządzeń mobilnych przez dzieci w wieku 0–6 lat”³³ przeprowadzonymi przez Akademię Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. Badanie wykazało, że nieco ponad połowa dzieci w wieku od 0 do 6 lat (54%) korzysta z urządzeń mobilnych, takich jak smartfon, tablet, smartwatch czy laptop. Wiek dziecka jest skorelowany z korzystaniem z urządzeń mobilnych – im starsze dzieci, tym więcej z nich korzysta z urządzeń mobilnych. Średni wiek inicjacji używania urządzeń mobilnych to 2 lata i 2 miesiące. Większość dzieci korzysta z urządzeń mobilnych z dostępem do Internetu (75%). Dzieci w wieku od 0 do 6 lat korzystają z urządzeń mobilnych średnio przez ponad 1 godzinę dziennie. Podobnie, jak w badaniu CBOS, większość dzieci korzysta wyłącznie z treści adresowanych do dzieci (88%). Badania potwierdzają także sytuacje, w których dzieci mają dostęp do urządzeń mobilnych: rodzice najczęściej umożliwiają korzystanie dzieciom podczas podróży, posiłków i podczas toalety; traktują dostęp do urządzenia mobilnego jako nagrodę, oferują je dzieciom, kiedy się nudzą, płaczą lub marudzą.

4.3.6. Działania dotyczące przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym rekomendowane do realizacji w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii

Edukacja publiczna

Celem edukacji publicznej w zakresie zdrowia jest dostarczanie informacji i wiedzy na dany temat, kształtowanie świadomości zdrowotnej odbiorców i motywacji do dbania o zdrowie oraz, jeśli zajdzie taka potrzeba, poszukiwanie pomocy.

• Społeczne postrzeganie problemu

Wyniki pierwszego badania w 2012³⁴ roku wskazały, że problem uzależnień behawioralnych w porównaniu z uzależnieniami chemicznymi w opinii społecznej ma znacznie mniejszą wagę. Funkcjonujący w społeczeństwie obraz uzależnień behawioralnych w dużym stopniu oparty był na stereotypach. Hazard postrzegano jako „rozrywkę dla bogatych”, a hazardzistę jako człowieka zamożnego (a przynajmniej mającego pieniądze na grę), o słabym charakterze, a przy tym szukającego silnych wrażeń. W odczuciu społecznym tzw. zakupoholizm to przypadłość przede wszystkim zamożnych, niepracujących kobiet, rozrzutnych, spędzających czas w sklepach, mających słaby charakter, a przy tym próżnych i lekkomyślnych. Siecioholizm natomiast określano jako zjawisko pokoleniowe, któremu sprzyja młody wiek. Uzależnieni od Internetu to, zdaniem Polaków, przede wszystkim ludzie młodzi, bez obowiązków, realizujący za pośrednictwem Internetu swoją potrzebę kontaktów społecznych lub posiadania przyjaciół. Jeśli chodzi o uza-

³³ Rowicka, M. (2020), *Raport z badania: Brzdąc w sieci – zjawisko korzystania z urządzeń mobilnych przez dzieci w wieku 0–6 lat*, <https://www.uzaleznieniabehawioralne.pl/siecioholizm/poradnik-rodzica-siecioholizm/korzystanie-z-urzadzen-mobilnych-przez-dzieci-w-wieku-0-6-lat-wyniki-badan/> (dostęp: 3.11.2022).

³⁴ CBOS (2012), *Raport z badań Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych* (dostęp online: <https://www.kbnp.gov.pl/portal?id=1768880> dostęp: 3.11.2022).

leżnienie od pracy, część badanych wskazywała, że praca jako uzależnienie jest w ogóle trudna do zaakceptowania i podawali w wątpliwość istnienie takiego zjawiska; odnotowano raczej aprobatę dla osób poświęcających się pracy. Brak postrzegania uzależnień behawioralnych w kategoriach problemów wymagających pomocy korespondował z negatywnymi opiniami badanych na temat ewentualnego leczenia tego rodzaju zaburzeń ze środków publicznych. Społeczeństwo chętniej zgadza się na finansowanie terapii osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków niż od czynności. Ostatni pomiar w 2019 roku wskazuje na powolną zmianę w dostrzeganiu zagrożeń wynikających z uzależnień behawioralnych, jednak nadal tylko hazard ma w odbiorze społecznym „ciężar gatunkowy” zbliżony do uzależnień o charakterze chemicznym. Pozostałe zachowania problemowe postrzegane są jako zdecydowanie mniej niebezpieczne.

- **Upowszechnianie wiedzy**

W kontekście przywołanych wyżej wyników badań, jednym z zadań gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, powinno być upowszechnianie wiedzy dotyczącej uzależnień behawioralnych, w tym wydawanie i dystrybuowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych oraz prowadzenie kampanii społecznych. Jest to jedno z zadań wskazanych do realizacji przez m.in. jednostki samorządu terytorialnego w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025 w celu operacyjnym 2. Profilaktyka Uzależnień w części „uzależnienia od zachowań. W ramach edukacji publicznej warto promować istniejące już strony internetowe dotyczące tej problematyki np. www.uzaleznieniabehawioralne.pl, www.anonimowihazardzisci.org.

- **Testy przesiewowe w edukacji publicznej z obszaru uzależnień behawioralnych³⁵**

W edukacji publicznej mogą być wykorzystywane testy przesiewowe. Testy przesiewowe pozwalają na identyfikację osób zagrożonych występowaniem zaburzeń hazardowych. Ich celem jest wykrycie zaburzeń na wcześniejszym etapie rozwoju i umożliwienie podjęcia leczenia, co zapobiega wystąpieniu poważniejszych następstw zaburzenia w przyszłości. Badania pokazują, że testy przesiewowe są skuteczną metodą identyfikacji i ograniczenia rozpowszechnienia problemu zaburzeń hazardowych. Testy przesiewowe wykonuje się w populacji generalnej bądź w grupach wysokiego ryzyka wystąpienia zaburzenia. Dzięki wykorzystaniu testów przesiewowych możliwe jest postawienie wstępnego rozpoznania, wymagającego potwierdzenia z wykorzystaniem bardziej szczegółowych metod diagnostycznych.

Blisko trzy czwarte (71%) osób uprawiających patologicznie hazard nigdy nie poszukiwało profesjonalnej pomocy ani nie korzystało z grup samopomocowych. W USA na podjęcie leczenia decyduje się niecałe 10% osób z zaburzeniami hazardowymi. Z kolei według badania przepro-

³⁵ Wieczorek Ł., Dąbrowska K., Sierosławski J. (2021). *Polska adaptacja i walidacja dwóch testów przesiewowych zaburzeń hazardowych – Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych (PGSI) oraz kwestionariusz Lie/Bet*. „Serwis informacyjny Uzależnienia” nr 1 (93).

wadzonego w Ontario, w Kanadzie 18% osób uprawiających hazard w sposób problemowy i patologiczny kiedykolwiek w życiu poszukiwało jakiejś formy leczenia.

Szkolenia

Na kwestię podnoszenia kompetencji zwraca uwagę Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025 w celu operacyjnym 2. Profilaktyka uzależnień w części „Zintegrowane przeciwdziałanie uzależnieniom”. Znajduje się tam zadanie „Edukacja kadr (w tym szkolenia) uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki uzależnień”. Poniżej znajduje się przykładowa lista różnych grup zawodowych, które w swojej pracy mogą spotykać się z tematem uzależnień/zagrożeń behawioralnych i dla których w ramach gminnych programów można organizować szkolenia:

- Nauczyciele i pedagodzy/psycholodzy pracujący w placówkach oświatowych, wychowawczych oraz w poradniach pedagogiczno-psychologicznych.
- Profilaktycy.
- Terapeuci z placówek leczenia uzależnień.
- Konsultanci w punktach konsultacyjnych. Punkty konsultacyjne nie mogą być miejscem diagnozy i leczenia, ale mogą poszerzyć swoją ofertę o udzielanie konsultacji i informacji w zakresie uzależnień behawioralnych.
- Pracownicy socjalni i asystenci rodzinni. Służby społeczne pracując z rodziną powinny posiadać wiedzę z zakresu różnych problemów, które mogą tam wystąpić, a jednym z nich mogą być uzależnienia behawioralne czy problemowe użytkowanie Internetu/gier przez dzieci i młodzież.
- Kuratorzy sądowi.
- Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i lekarze psychiatrzy. Zarówno rodziny osób uzależnionych, jak i sami uzależnieni mogą poszukiwać pomocy w związku z różnymi dolegliwościami somatycznymi i psychicznymi, których źródłem może być hazard lub inne zaburzenia czynnościowe.
- Członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Członkowie GKRPA po pierwsze biorą udział w pracach nad gminnym programem którego elementem są uzależnienia behawioralne, a po drugie prowadząc rozmowy motywujące do podjęcia leczenia odwykowego mogą spotkać się z sytuacją, kiedy osoba zobowiązana jednocześnie problemowo uprawia hazard. Jakkolwiek nie jest to przesłanka do uruchomienia odrębnej procedury, to w przypadku tego rodzaju ustaleń warto przekazać stosowną informację zwrotną klientowi i motywować do poszukiwania pomocy również z powodu uzależnień behawioralnych.
- Członkowie grup roboczych ds. przeciwdziałania przemocy, podobnie jak członkowie gminnych komisji mogą spotkać się z klientami stosującymi przemoc i jednocześnie będącymi osobami uzależnionymi behawioralnie.
- Pracownicy kasyn i zakładów bukmacherskich (w tym szkolenie pracowników, którzy mają bezpośredni kontakt z graczem takich jak sprzedawców, krupierów, kolektorów z zakresu odpowiedzialnej gry). Ustawa o grach hazardowych wymaga, aby podmiot prowadzący działalność w zakresie gier hazardowych wdrożył regulamin odpowiedzialnej gry. W jego opracowaniu, a także przestrzeganiu, mogą być pomocne szkolenia z zakresu uzależnień behawioralnych.

Więcej informacji oraz materiałów edukacyjnych dotyczących przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym wśród dzieci i młodzieży do wykorzystania m.in. w szkołach znajduje się na stronie <https://akademia.nask.pl> oraz www.dzieckowsieci.pl.

Warto upowszechniać także informacje o działającej infolinii 800 100 100. To bezpłatna i anonimowa pomoc telefoniczna i online dla rodziców i nauczycieli, którzy potrzebują wsparcia i informacji m.in. w zakresie cyberprzemocy i zagrożeń związanych z nowymi technologiami. Infolinia jest czynna od poniedziałku do piątku, w godzinach 12:00–15:00 www.800100100.pl.

4.4. Działania na rzecz przeciwdziałania nietrzeźwości na drogach

4.4.1. Wprowadzenie

Przeciwdziałanie nietrzeźwości na drogach należy do katalogu zadań, które powinny być uwzględniane w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Zadania powinny być prowadzone systemowo przy wykorzystaniu wszystkich dostępnych zasobów, którymi dysponuje gmina. Poprzez systemowe działanie rozumie się współpracę organizacyjną wielu podmiotów, nie tylko tych zajmujących się profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych czy szeroko rozumianym bezpieczeństwem ruchu drogowego. Inicjatywy mające na celu zmniejszenie zjawiska nietrzeźwości na drogach powinny uwzględniać wszystkich uczestników ruchu drogowego i mogą być kierowane do ogółu populacji.

4.4.2. Działania rekomendowane do realizacji w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii dotyczące bezpieczeństwa użytkowników dróg

Działania o charakterze edukacyjnym

Planując działania edukacyjne w obszarze problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych kierowanych do użytkowników dróg, należy pamiętać, aby były one adekwatne do wieku osób w nich uczestniczących. Przygotowując programy z zakresu zwiększenia bezpieczeństwa ruchu drogowego, należy mieć na uwadze ich skuteczność i uwzględniać możliwości osiągnięcia maksymalnych efektów przy optymalnych kosztach, rozumianych znacznie szerzej niż tylko nakłady finansowe. Bezpieczeństwo zarówno fizyczne, jak i emocjonalne uczestników jest jednym z podstawowych warunków, jakie musi spełniać taki program.

- **Kampanie społeczne z zakresu zwiększenia bezpieczeństwa ruchu drogowego**

Wraz ze zmianami prawa zaostrzającymi kary dla nietrzeźwych kierowców, należy także podejmować działania nakierowane na zmianę przekonań i postaw uczestników ruchu drogowego, umacniając postawy braku tolerancji dla spożywania alkoholu i narkotyków wśród osób kierujących pojazdami, zachęcające do podejmowania działań i ukazujące właściwe sposoby reagowania i zachowania w sytuacji bycia świadkiem kierowania pojazdem po wypiciu alkoholu czy użyciu innych substancji psychoaktywnych.

Warto adresować działania edukacyjne do osób z otoczenia kierowcy, który planuje prowadzenie samochodu pod wpływem alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej. Umiejętność asertywnej reakcji ze strony znajomych może być bardziej skutecznym motywatorem do zmiany postawy u kierującego niż np. statystyki policyjne. Zasadne zatem wydaje się kierowanie działaniami do różnych grup społecznych, które w sposób pośredni mogą wpływać na poprawę bezpieczeństwa w ruchu drogowym, takich jak np. rodzina, znajomi, sprzedawcy napojów alkoholowych, barmani, właściciele sklepów.

Przykładem kampanii edukacyjno-informacyjnej jest zrealizowana przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w 2014 roku kampania „Powstrzymaj pijanego kierowcę”, której główną grupą odbiorców byli świadkowie zdarzeń, kiedy to osoba nietrzeźwa chce prowadzić samochód. W ramach kampanii zostały udostępnione krótkie filmy, w których w prosty sposób zostały pokazane możliwości reakcji mającej na celu powstrzymanie osoby od kierowania pojazdem po spożyciu alkoholu. Dodatkowo w przystępny sposób przedstawiono skutki błędnych decyzji kierowcy, co może zaowocować większą rozwagą wśród użytkowników dróg. Materiał filmowy z kampanii jest dostępny do pobrania na stronie www.powstrzymaj.pl.

W 2020 roku KBPN zainicjowało powstanie kampanii „Bez chemii na drodze”, która adresowana była w szczególności do uczestników ruchu drogowego oraz rodziców dzieci i młodzieży samodzielnie poruszających się po drogach, które w przyszłości będą mogły uzyskać prawo jazdy.

W ramach kampanii udostępniono spot telewizyjny, radiowy oraz film animowany. Na stronie kampanii www.bezchemiiinadrodze.pl zamieszczono liczne artykuły dotyczące używania substancji psychoaktywnych na drodze, aspektów prawnych oraz podejmowania zachowań ryzykownych przez nastolatków. Opracowano również krótki program psychoedukacyjny do wykorzystania w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych. Wszystkie opracowane materiały dostępne są na portalu internetowym kampanii.

● Edukacja w szkołach średnich

W ramach podnoszenia świadomości wszystkich uczestników ruchu w zakresie wpływu substancji psychoaktywnych na bezpieczeństwo w ruchu drogowym, wskazane jest nawiązanie kontaktu ze szkołami średnimi w celu wprowadzenia cyklu zajęć profilaktycznych poświęconych bezpieczeństwu komunikacyjnemu ze szczególnym uwzględnieniem wypracowania właściwych zachowań i postaw wobec osób i sytuacji z udziałem nietrzeźwych uczestników ruchu drogowego. Mogą się one koncentrować na wzmacnianiu postaw sprzyjających przestrzeganiu norm społecznych oraz uczyć odpowiedzialności, wskazując na różnorodne korzyści z ich funkcjonowania i konsekwencje ich nieprzestrzegania. Ważna wydaje się także nauka właściwych sposobów reagowania (odmawiania jazdy z osobą po alkoholu i po użyciu innych substancji psychoaktywnych, przekonanie takiej osoby, aby nie siadała za kierownicą) na sytuacje, które mogą stwarzać zagrożenie bezpieczeństwa w ruchu drogowym.

Działania szkoleniowe dla kierowców

● Współpraca z Wojewódzkimi Ośrodkami Ruchu Drogowego i szkołami nauki jazdy

W 2016 roku w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury i Budownictwa z dnia 4 marca 2016 roku w sprawie szkolenia osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, instruktorów i wykładowców dodano blok zajęć obejmujący zagadnienia z psychologii ruchu drogowego, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu na funkcje percepcyjne, podejmowane decyzje, czas reakcji lub zmianę zachowania kierującego pojazdem, w szczególności: dotyczy to alkoholu lub środka działającego podobnie do alkoholu, do programu szkolenia dla osób ubiegających się o prawo do kierowania pojazdami. Dotyczy to zarówno osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania motorowerem, pojazdami silnikowymi lub tramwajem, jak też instruktorów nauki jazdy.

Celem programu powinno być zwiększenie świadomości w zakresie wpływu alkoholu i substancji psychoaktywnych na organizm kierowcy, a także ukształtowanie u przyszłego kierowcy postawy całkowitej abstynencji podczas prowadzenia pojazdów. Program powinien być opracowany i zrealizowany przez wykwalifikowaną kadrę, znającą specyfikę grupy docelowej oraz posiadającą odpowiednie przeszkolenie z zakresu psychologii społecznej i rozwiązywania problemów alkoholowych. Jeśli nie udało się dotychczas nawiązać współpracy pomiędzy Wojewódzkim Ośrodkiem Ruchu Drogowego, szkołą a gminą, wówczas – jeśli uznają Państwo za konieczne – można zwrócić się do marszałka województwa z prośbą o pomoc w nawiązaniu współpracy pomiędzy tymi dwiema instytucjami. Marszałek może podjąć decyzję o konieczności nawiązania tej współpracy w zakresie wprowadzenia obowiązkowego bloku tematycznego dotyczącego wpływu alkoholu i innych substancji psychoaktywnych na organizm kierowcy do podstawowego szkolenia dla przyszłych kierowców.

● Programy dla kierowców zawodowych

Wskazane jest także prowadzenie specjalistycznych szkoleń skierowanych do kierowców zawodowych, np. w sektorze transportu publicznego. KCPU rekomenduje, by samorządy lokalne nawiązały stałą współpracę z zakładami pracy zatrudniającymi zawodowych kierowców, np. korporacjami taksówkowymi, firmami przewozowymi i transportowymi itp. Edukacja tej grupy zawodowej powinna obejmować zasadniczo dwa obszary: pierwszy to wpływ alkoholu i innych nielegalnych substancji psychoaktywnych na organizm, drugi to konsekwencje prawno-społeczne prowadzenia pojazdu pod wpływem alkoholu i narkotyków (zagadnienia z prawa karnego oraz odpowiedzialności cywilnej). Możliwe jest także poszerzenie tematyki szkolenia o zagadnienia dotyczące nietrzeźwości w miejscu pracy. W 2021 roku na zlecenie PARPA został zrealizowany projekt skierowany do kierowców zawodowych mający na celu wyposażenie miejskich przedsiębiorstw transportowych w materiały edukacyjne dotyczące problemu nietrzeźwych kierowców. „Bez ryzyka na drodze” to broszura adresowana przede wszystkim do kierowców zawodowych, ale korzystać z niej mogą także inni kierowcy. Jej podstawowym celem jest propagowanie trzeźwości na drodze. Publikacja jest dostępna również na stronie www.powstrzymaj.pl.

Działania o charakterze interwencyjno-sprawdzającym

● Współpraca służb

Samorząd, jako instytucja mająca w zadaniach własnych prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, może zainicjować współpracę międzysektorową jednostek podległych.

Przykładem dobrej współpracy różnych służb może być przekazywanie kierowcom przez policję podczas kontroli drogowych materiałów informacyjnych na temat wpływu alkoholu na organizm. Należy przypomnieć, że współpraca ta nie może przybierać formy przekazania, np. alkomatu czy urządzenia alcoblow policji lub straży miejskiej jako doposażenia jednostki, czyli de facto na realizację jej zadań statutowych. Nie ma znaczenia, czy przekazanie nastąpiłoby w wyniku przeniesienia własności, czy jedynie dysponowania urządzeniem (np. na podstawie umowy użyczenia). Każde działanie kontrolne prowadzone przez funkcjonariusza policji może pociągać za sobą sankcje karne, a profilaktyka w swych założeniach powinna zapobiegać pojawieniu się problemu, nie zaś stosować sankcje – w tym przypadku karać – nietrzeźwych kierowców.

Natomiast możliwe jest dofinansowanie ze środków pochodzących z opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych zakupu alkomatu czy też urządzenia alcoblow, które zostałyby ogólnie udostępnione dla mieszkańców miasta/gminy w celu samodzielnego sprawdzania stanu trzeźwości. Pozytywnym aspektem takiego rozwiązania jest fakt, iż osoby kontrolują swój stan trzeźwości dobrowolnie, co w szerszej perspektywie prowadzi do zwiększenia ich samokontroli. Takie rozwiązanie wchodzi w zakres działań profilaktycznych i edukacyjnych.

Ważnym elementem kontaktów między podmiotami zajmującymi się profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz przeciwdziałaniem narkomanii a instytucjami, takimi jak policja i sądy, powinna być płynna wymiana informacji i prawidłowy podział kompetencji. Na przykład w urzędzie gminy, na komisariacie policji, w sądzie, ośrodku leczenia uzależnień powinien być dostępny wykaz podmiotów prowadzących programy reedukacyjne, aby ułatwić kierowcom skazanym za jazdę pod wpływem alkoholu dotarcie do odpowiedniej placówki.

● Współpraca przy organizacji programów reedukacyjnych dla kierowców zatrzymanych za jazdę w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu

Adresatami programów reedukacyjnych dla kierowców zatrzymanych za jazdę w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości są osoby odbywające karę pozbawienia wolności bądź te, które otrzymały karę w zawieszeniu za ww. czyny. Przy realizacji programów reedukacyjnych należy szczególnie zadbać o kwalifikacje osób je prowadzących oraz właściwe merytorycznie treści programu, które będą dostosowane do potrzeb odbiorców. Wytyczne do programu zawarte są w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 grudnia 2021 roku w sprawie kursu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii oraz szczegółowych warunków i trybu kierowania na badania lekarskie lub badania psychologiczne w zakresie psychologii transportu (Dz.U. z 2021 r. poz. 2242, z późn. zm.).

Za realizację programu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii odpowiada Wojewódzki Ośrodek Ruchu Drogowego. Do udziału w kursie kierowane są osoby na mocy decyzji administracyjnej wydanej przez starostę. Mając powyższe na uwadze, rekomenduje się współpracę osób odpowiedzialnych za profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych na terenie gminy z Wojewódzkim Ośrodkiem Ruchu Drogowego w celu wsparcia merytorycznego osób prowadzących program. Należy podkreślić, że celem kursu jest trwała zmiana postaw i zachowań jego uczestników. Stąd też doświadczenie i umiejętności osób prowadzących kurs są jednym z kluczowych elementów sprzyjających oczekiwanej zmianie.

W 2021 roku do Wojewódzkich Ośrodków Ruchu Drogowego rozdystrybuowano broszurę pod tytułem „Alkohol a kierowca. Trzeźwość i bezpieczeństwo na drodze”, skierowanej do uczestników kursu reedukacyjnego dla kierowców zatrzymanych za jazdę pod wpływem alkoholu lub podobnie działającego środka. W broszurze uczestnicy otrzymali informacje na temat tego, jak rozpoznać swój styl picia oraz ograniczyć używanie alkoholu, aby nie stanowiło to zagrożenia dla innych. Wskazane zostało również, gdzie należy szukać wsparcia w razie niepokojących sygnałów dotyczących nadmiernego spożywania alkoholu lub podobnie działającego środka. Mamy nadzieję, że publikacja ta będzie stanowić cenne uzupełnienie kursów reedukacyjnych prowadzonych w Wojewódzkich Ośrodkach Ruchu Drogowego. Broszura jest do pobrania na stronie www.powstrzymaj.pl.

Należy zwrócić uwagę, że programy edukacyjne dla kandydatów na kierowców nie są tożsame z programami reedukacyjnymi dla osób zatrzymanych za jazdę w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości. Wspólny jest główny cel tych programów: zmniejszenie liczby kierowców pod wpływem alkoholu. Niemniej jednak program dla kandydatów na kierowców ma głównie charakter edukacyjno-profilaktyczny, a udział w nim jest dobrowolny; natomiast programy reedukacyjne są obowiązkowe i koncentrują się na korekcie dotychczasowych zachowań, a ich realizacja wymaga spełnienia określonych prawem wytycznych.

4.5. Przeciwdziałanie nietrzeźwości w miejscach publicznych

4.5.1. Wprowadzenie

Zapewnienie bezpieczeństwa mieszkańcom gminy i utrzymanie porządku publicznego nie należy do zadań gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii (niezależnie od przyczyn określonych zdarzeń), ale do innych zadań własnych gminy, jednak włączenie tej tematyki w ograniczonym zakresie do gminnych programów jest możliwe. Przykładem takich działań może być podnoszenie kompetencji zawodowych przedstawicieli służb kontaktujących się z osobami nietrzeźwymi. Jedną z umiejętności potrzebnych do skutecznego i profesjonalnego wykonywania swoich obowiązków przez przedstawicieli służb, np. policji, straży miejskiej, pogotowia ratunkowego, pracowników socjalnych, jest umiejętność nawiązania kontaktu z osobą nietrzeźwą. W tym celu samorząd gminny ma

możliwość zorganizowania lokalnych szkoleń dla przedstawicieli poszczególnych służb z zakresu komunikacji interpersonalnej i postępowania z klientami (pacjentami) będącymi pod wpływem substancji psychoaktywnych.

Niezgodne z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi jest finansowanie bieżącego funkcjonowania izb wytrzeźwień ze środków pochodzących z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, ponieważ jest to zadanie gmin związane z zabezpieczeniem porządku publicznego, wynikające z ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2021 r. poz. 1372, z późn. zm.) – z uwzględnieniem uwag zawartych w rozdziale XI niniejszej publikacji). Realizacja dodatkowych programów skierowanych do osób zatrzymanych w izbie, które wykraczają poza jej statutowe zadania, wymaga każdorazowego rozważenia ich celowości. Osoby nietrzeźwe, a także osoby pozostające w zespole abstynencyjnym, występującym u osób uzależnionych do kilku dni po przerwaniu picia, mają bardzo ograniczone zdolności koncentracji uwagi, spostrzegania, pamięci i myślenia, co utrudnia im nawiązanie świadomego kontaktu i minimalizuje skuteczność oddziaływań psychologicznych. Podobnie współpraca z policją nie może oznaczać finansowania jej bieżącej działalności poprzez np. zakup samochodów, które będą wykorzystywane m.in. do przewozu osób nietrzeźwych zatrzymanych w miejscach publicznych.

Warto wspomnieć, że w przypadku wystąpienia zjawiska zakłócenia porządku publicznego związanego ze sprzedażą napojów alkoholowych w konkretnym punkcie sprzedaży, możliwa jest interwencja wójta/burmistrza/prezydenta miasta, który jako organ zezwalający, po pierwsze – może przeprowadzić kontrolę takiego punktu, a po drugie – może, w przypadku wykrytych, powtarzających się naruszeń, cofnąć zezwolenie, które zostało temu przedsiębiorcy udzielone (art. 18 ust. 10 pkt 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi).

W przypadku dużej liczby zgłoszeń i interwencji policji w zakresie zakłócania porządku publicznego spowodowanych spożywaniem alkoholu na terenie gminy, warto rozważyć wprowadzenie ograniczenia nocnej sprzedaży napojów alkoholowych (w godzinach 22:00–6:00). Uprawnienie do podjęcia uchwały w sprawie takiego ograniczenia posiada rada gminy na podstawie art. 12 ust. 4 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Jakkolwiek wprowadzenie takiej uchwały nie jest obowiązkiem rady gminy, to warto pamiętać, że służy ono ograniczaniu dostępności fizycznej napojów alkoholowych, a to z kolei jest jednym z najskuteczniejszych instrumentów polityki ograniczania problemów generowanych przez spożywanie alkoholu.

4.5.2. Działania rekomendowane do realizacji w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii

Działania w środowisku pracy

Działania profilaktyczne w środowisku pracy są niezwykle rzadko podejmowane przez gminy. Działania te skierowane do osób dorosłych powinny być realizowane we współpracy z praco-

dawcami działającymi na terenie gminy. Mogą się w nie włączyć także przedstawiciele stowarzyszeń abstynenckich czy innych społeczności trzeźwościowych.

Programy obejmujące środowisko pracy, a także realizowane w miejscu pracy, powinny w równym stopniu dotyczyć załogi oraz kadry kierowniczej. Ich zakres powinien być także dostosowany oraz realizowany w odniesieniu do konkretnych zdarzeń lub sytuacji określanych jako problematyczne, np. przychodzenie do pracy „na kacu”, częste zwolnienia, zmniejszenie wydajności pracy, pogorszenie relacji interpersonalnych. Ważne jest zaangażowanie w działania jak największej liczby osób – zarówno przedstawicieli załogi, np. związków zawodowych, jak i kadry zarządzającej średniego i wysokiego szczebla. Pomoże to w przełamaniu obaw, które mogą towarzyszyć wprowadzaniu nowych rozwiązań, a także zapewni lepsze zrozumienie celów i motywów podejmowanych działań. Ograniczanie czynników ryzyka i wzmacnianie kompetencji oraz umiejętności pracowników w odniesieniu do problemów powodowanych przez picie alkoholu mogą być skutecznymi strategiami programów profilaktycznych realizowanych w środowisku pracy.

W ramach powyższych strategii mogą być prowadzone następujące działania:

- **kampanie informacyjne** – gdzie szukać pomocy, jak reagować w sytuacji ujawnienia problemów, których przyczyną jest alkohol lub inne substancje psychoaktywne;
- **działania edukacyjne** – dotyczące wzorów picia, szkód powodowanych przez alkohol i inne substancje psychoaktywne, zmiany zachowań, np. sposobów odmawiania czy wreszcie szkoleń kierowanych do kadry zarządzającej, przygotowujących do podejmowania interwencji wobec pracowników;
- **przygotowywanie i wdrażanie kompleksowych rozwiązań** w zakresie rozpoznania sytuacji problemowych, adekwatnego reagowania przez kadrę kierowniczą, skierowania na terapię, powrót do pracy.

4.6. Działania na rzecz ograniczenia populacji osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie

4.6.1. Wprowadzenie

Szacuje się, że populacja osób pijących ryzykownie i szkodliwie jest aż cztery razy większa niż populacja osób uzależnionych od alkoholu i stanowi ok. 10% dorosłych mieszkańców Polski.

Osoby pijące alkohol szkodliwie doświadczają z powodu picia negatywnych konsekwencji zdrowotnych, społecznych, psychologicznych, choć nie są uzależnione. Natomiast ryzykowne spożywanie alkoholu to picie nadmiernych jego ilości (jednorazowo i łącznie w określonym czasie), które aktualnie nie pociąga za sobą negatywnych konsekwencji, ale można oczekiwać, że te się pojawią, o ile obecny model picia nie zostanie zmieniony.

4.6.2. Działania rekomendowane do realizacji w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych dla populacji osób pijących ryzykownie i szkodliwie

Wdrażanie do podstawowej opieki zdrowotnej programów rozpoznawania i krótkiej interwencji (WRKI) wobec osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie

Część zgłoszeń pacjentów do podstawowej opieki zdrowotnej ma swoje źródło w problemach spowodowanych nadużywaniem alkoholu. Oznacza to, że osoby te nie potrzebowałyby porad lekarskich, gdyby w zalecany sposób ograniczyły spożywanie alkoholu. W związku z tym Światowa Organizacja Zdrowia opracowała dla lekarzy pierwszego kontaktu metodę szybkiego i prostego dokonywania testów przesiewowych oraz przeprowadzania interwencji w przypadku rozpoznania nadużywania przez pacjenta alkoholu (zarówno w sytuacji pojawienia się szkód zdrowotnych, jak i ryzyka ich wystąpienia) bądź podejrzenia uzależnienia. Wspieranie lekarzy pierwszego kontaktu w stosowaniu metod wczesnego rozpoznawania i krótkiej interwencji powinno być jednym z priorytetowych zadań zapisanych w programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Cennym źródłem informacji dla gminy rozważającej wdrażanie procedury WRKI w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej na swoim terenie, na temat ważnych warunków skutecznego wdrażania procedury w POZ, w tym dotyczących także motywowania lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do przeprowadzania krótkich interwencji wobec pacjentów z problemami alkoholowymi, jest podręcznik WHO do szkolenia pracowników podstawowej opieki zdrowotnej pt. „Krótka interwencja dotycząca problemów związanych z używaniem alkoholu”. Podręcznik ten jest dostępny w języku polskim na stronie www.parpa.pl w zakładce E-PUBLIKACJE.

Finansowanie szkoleń dla personelu medycznego w obszarze WRKI

Rekomenduje się gminom finansowanie szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej. Szczegółowy program szkolenia zaproponowała WHO we wspomnianym wyżej podręczniku pt. „Krótka interwencja dotycząca problemów związanych z używaniem alkoholu”. Ważne jest, by szkoleniami obejmować nie tyle poszczególnych lekarzy czy pielęgniarki, lecz całą placówkę podstawowej opieki zdrowotnej oddziaływaniami nakierowanymi na wdrażanie procedury, ponieważ skuteczność wdrażania procedury WRKI uzależniona jest m.in. od przychylnego nastawienia personelu, a szczególnie kadry kierowniczej.

Zakup materiałów edukacyjnych dla personelu medycznego i pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej

Dla skuteczności programu WRKI ważne jest także zbudowanie systemu wsparcia dla personelu realizującego procedurę, w tym np. stworzenie podręcznej biblioteczeki dla placówek POZ, dotyczącej wiedzy o problemach alkoholowych, dostarczenie placówkom POZ listy teleadresowej placówek leczenia uzależnienia od alkoholu z danego terenu oraz zaopatrzenie personelu podstawowej opieki zdrowotnej w materiały do wykonywania badań przesiewowych i materiały informacyjne dla pacjentów (broszury, ulotki). Istotne jest zapewnienie specjalistycznego

wsparcia konsultanta (specjalisty psychoterapii uzależnień lub lekarza-edukatora) tym pracownikom POZ, którzy zdecydują się realizować badania przesiewowe i interweniować w sprawie ograniczenia picia swoich pacjentów.

Finansowanie wdrażania programów WRKI do praktyki klinicznej

Badanie przesiewowe w ramach WRKI nie powinno kończyć kontaktu lekarza POZ z pacjentem. Istotą tej metody jest podjęcie interwencji, która w przypadku osoby z podejrzeniem uzależnienia powinna skutkować skierowaniem jej do placówki leczenia uzależnienia od alkoholu, a w przypadku osoby pijącej szkodliwie lub ryzykownie – podjęciem ustrukturyzowanej rozmowy, mającej na celu zmotywowanie pacjenta do ograniczenia picia do poziomu obniżającego ryzyko szkód i nauczenie go sposobów skutecznego ograniczania picia. Ważnym źródłem wsparcia dla osoby pragnącej nauczyć się ograniczać swoje picie alkoholu może być dostępna w Internecie, bezpłatna aplikacja E-POP, znajdująca się pod adresem <https://e-pop.pl>. Lekarz przeprowadzający procedurę WRKI może odesłać pacjenta pijącego alkohol ryzykownie lub szkodliwie na tę stronę internetową, motywując go do podjęcia pracy nad zmianą stylu picia.

Procedura WRKI nie wchodzi w zakres świadczeń zdrowotnych refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Rekomenduje się gminom stworzenie takiego mechanizmu finansowego, który motywowałby lekarzy do prowadzenia tego typu działań. Najczęściej stosowanym rozwiązaniem jest w tym przypadku zawieranie porozumienia finansowego między samorządem a podmiotem prowadzącym działalność leczniczą, umożliwiającego wypłacanie wynagrodzenia lekarzom i pielęgniarkom za przeprowadzanie procedury wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji. Wynik testu przesiewowego oraz podjęcie przez pracownika medycznego interwencji wobec pacjenta nadużywającego alkoholu muszą być udokumentowane w historii choroby pacjenta.

ROZDZIAŁ V

REALIZACJA DZIAŁAŃ PROFILAKTYCZNYCH OGNICZAJĄCYCH SPOŻYWANIE ALKOHOLU PRZEZ KOBIECY W CIĄŻY ORAZ BUDOWANIE SYSTEMU WSPARCIA I TERAPII DLA DZIECI ZE SPEKTRUM PŁODOWYCH ZABURZEŃ ALKOHOLOWYCH (FASD) I ICH RODZICÓW/OPIEKUNÓW

5.1. Wprowadzenie

Jednym z istotnych społecznie zjawisk, któremu warto poświęcić szczególną uwagę w ramach gminnych programów rozwiązywania problemów alkoholowych, jest spożywanie alkoholu w ciąży i związane z tym konsekwencje zdrowotne dla dziecka. Szacuje się, że Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD) to najbardziej rozpowszechnione w Europie niegenetyczne schorzenie neurorozwojowe. Trudno jest oszacować rozpowszechnienie spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży. Wyniki różnych badań wskazują na rozpiętość zjawiska w przedziale od 5-10% do aż 39%. Zgodnie z wynikami badania populacyjnego ALICJA (Alkohol i Cięża – Jak Pomóc Dziecku), przeprowadzonego przez PARPA w 2015 roku, w Polsce Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD) występuje nie rzadziej niż u 20 na 1000 dzieci w wieku 7-9 lat, zaś Płodowy Zespół Alkoholowy (FAS) nie rzadziej niż u 4 na 1000 dzieci. Powyższe wyniki pozwalają przypuszczać, że w Polsce każdego roku na świat przychodzi między 7 a 8 tys. dzieci z FASD. Liczby te wskazują na konieczność prowadzenia działań edukacyjnych adresowanych do przedstawicieli różnych grup zawodowych. Szczególnie należy podkreślić wagę kompetencji grona medycznego, psychologicznego, pedagogicznego, pracowników socjalnych oraz przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości. To od ich wiedzy i niestygmatyzującej, pełnej szacunku i zrozumienia postawy wobec kobiet, które mogły pić alkohol, np. zanim się dowiedziały, że są w ciąży, zależy skuteczność działań profilaktycznych, diagnozy i terapii FASD. Edukacja ta jest tym bardziej potrzebna, że jak pokazują wyniki badań, tylko co trzecia z badanych kobiet w ciąży (18-49 lat) otrzymała od ginekologa zalecenie, aby nie pić alkoholu w czasie ciąży. Całkowitą abstynencję w okresie całej ciąży oraz karmienia piersią zalecają, zgodnie z wynikami badań, eksperci zajmujący się tematyką FASD. Takie zalecenie wydało także Polskie Towarzystwo Ginekologiczne.

5.1.1. Działania rekomendowane do realizacji w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii

Podejmowanie lokalnych działań informacyjno-edukacyjnych (np.: poprzez włączanie się w ogólnopolskie kampanie lub organizacja lokalnych kampanii edukacyjnych oraz udostępnianie materiałów edukacyjnych, ulotek, broszur, publikacji, plakatów itp.) zwiększających w społeczeństwie świadomość na temat szkód wynikających z picia alkoholu przez kobiety w ciąży oraz promujących przekaz dotyczący konieczności zachowania abstynencji w czasie ciąży i okresie karmienia piersią.

Realizacja w szkołach, zwłaszcza ponadpodstawowych zajęć profilaktycznych obejmujących zagadnienia związane z koniecznością zachowania abstynencji w ciąży (np.: program „Biorę odpowiedzialność” lub „ARS, czyli jak dbać o miłość”).

Organizacja i finansowanie szkoleń dla przedstawicieli różnych służb, pracowników systemu zdrowia, oświaty, pomocy społecznej i resortu sprawiedliwości, w zakresie wiedzy na temat konsekwencji spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży i metod oddziaływań profilaktycznych, w tym wsparcia kobiet, które potrzebują indywidualizowanej pomocy, aby poradzić sobie z czynnikami w wysokim stopniu zwiększającymi ryzyko urodzenia dziecka z FASD (indywidualne pakiety pomocowe dostosowane do specyficznych potrzeb każdej kobiety, obejmujące pomoc w zakresie problemów alkoholowych (i innych uzależnień), przemocy, traumy oraz problemów zdrowotnych).

Upowszechnianie wśród personelu medycznego placówek podstawowej opieki zdrowotnej i poradni ginekologicznych materiałów dotyczących zapobiegania FASD (https://www.ciazabezalkoholu.pl/images/file/ZAPOBIEGANIE_FASD.pdf) oraz prowadzenie działań mających na celu promowanie realizacji badań przesiewowych i krótkiej interwencji pod kątem problemów związanych z alkoholem wśród kobiet w wieku rozrodczym, w tym kobiet w ciąży.

Zwiększanie dostępności i podnoszenie jakości pomocy i wsparcia dzieci z FASD i ich rodzin, m.in. poprzez tworzenie, wspieranie i finansowanie miejsc, w których można uzyskać diagnozę w zakresie FASD oraz wsparcie i pomoc dla dzieci z FASD oraz ich rodzin. Należy zwrócić uwagę, by diagnoza była przeprowadzana zgodnie z przyjętymi w Polsce standardami opracowanymi przez zespół ekspertów powołany przez PARPA w 2020 roku (patrz: Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Zalecenia opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów, MEDYCYNA PRAKTYCZNA – PEDIATRIA – WYDANIE SPECJALNE 1/2020).

ROZDZIAŁ VI

PODEJMOWANIE INTERWENCJI W ZWIĄZKU Z NARUSZENIEM PRZEPISÓW OKREŚLONYCH W ART. 13¹ I 15 USTAWY O WYCHOWANIU W TRZEŻWOŚCI I PRZECIWDZIAŁANIU ALKOHOLIZMOWI ORAZ WYSTĘPOWANIE PRZED SĄDEM W CHARAKTERZE OSKARŻYCIELA PUBLICZNEGO

6.1. Wprowadzenie

Zgodnie z art. 4¹ ust. 1 pkt 6 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, gminy w ramach zadań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu podejmują interwencję w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13¹ i 15 ustawy oraz występują przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego.

Oznacza to, że w przypadku złamania zakazów promocji i reklamy napojów alkoholowych oraz zakazu sprzedaży alkoholu osobom niepełnoletnim lub nietrzeźwym, sprzedaży pod zastaw i na kredyt, gmina może podejmować interwencje oraz występować przed sądem jako oskarżyciel publiczny, czyli występować z aktem oskarżenia bezpośrednio do sądu z pominięciem prokuratora.

Najpopularniejszą formą działań gmin w omawianym zakresie jest zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, o którym mowa w art. 43 lub art. 45² ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Należy podkreślić, że zgodnie z art. 304 § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2022 r. poz. 1375, dalej jako: k.p.k.), instytucje państwowe i samorządowe, które w związku ze swoją działalnością dowiedziały się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, są obowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub policję oraz przedsięwziąć niezbędne czynności do czasu przybycia organu powołanego do ścigania przestępstw lub do czasu wydania przez ten organ stosownego zarządzenia, aby nie dopuścić do zatarcia śladów i dowodów przestępstwa. Zawiadamianie o podejrzeniu popełnienia

przestępstwa uzyskane w związku z prowadzonymi czynnościami (przykładowo przeprowadzaną kontrolą zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych) stanowi zatem nie tylko uprawnienie wójta (burmistrza lub prezydenta miasta) jako organu kierującego bieżącymi sprawami gminy oraz reprezentującego ją na zewnątrz, lecz także jego prawny obowiązek. Zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa może mieć zarówno charakter pisemny bądź też, zgodnie z art. 143 § 1 pkt 1 k.p.k., zostać zgłoszone ustnie do protokołu. W sytuacji składania zawiadomienia na piśmie ważne jest, aby oznaczyć organ zawiadamiający; opisać zdarzenie, które uzasadnia podejrzenie popełnienia przestępstwa (np. prowadzenie reklamy napojów alkoholowych wysokoprocentowych na terenie punktów sprzedaży, które nie prowadzą wyłącznie sprzedaży napojów alkoholowych czy też sprzedaży alkoholu osobie niepełnoletniej); napisać uzasadnienie oraz załączyć wszelkie materiały, które mogą stanowić dowody w sprawie (np. zdjęcia) lub wskazać świadków zdarzenia. Zgodnie z art. 305 § 4 k.p.k. o wszczęciu, odmowie wszczęcia albo o umorzeniu dochodzenia zawiadamia się osobę lub instytucję państwową, samorządową lub społeczną, która złożyła zawiadomienie o przestępstwie, oraz ujawnionego pokrzywdzonego, a o umorzeniu także podejrzanego – z pouczeniem o przysługujących im uprawnieniach, przy czym jeżeli osoba lub instytucja, która złożyła zawiadomienie o przestępstwie, nie zostanie w ciągu 6 tygodni powiadomiona o wszczęciu albo odmowie wszczęcia śledztwa, może wnieść zażalenie do prokuratora nadzrędnego albo powołanego do nadzoru nad organem, któremu złożono zawiadomienie. Należy także zauważyć, że zgodnie z art. 306 k.p.k. gmina jako zawiadamiający posiada uprawnienie do zaskarżenia zarówno postanowienia o odmowie wszczęcia dochodzenia, jak i postanowienia o umorzeniu dochodzenia. Zażalenie wnosi się w terminie 7 dni wraz z uzasadnieniem do prokuratora właściwego do sprawowania nadzoru nad dochodzeniem. Jeżeli prokurator nie przychyli się do zażalenia, kieruje się je do sądu (art. 325e § 4 k.p.k.).

Oskarżyciel publiczny występuje przed sądem na podstawie przepisów o postępowaniu karnym. Wniesienie aktu oskarżenia do sądu musi być poprzedzone przeprowadzeniem postępowania dowodowego. Organy uprawnione do prowadzenia dochodzeń w sprawach karnych określa Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 września 2015 roku w sprawie organów uprawnionych, obok Policji, do prowadzenia dochodzeń oraz organów uprawnionych do wnoszenia i popierania oskarżenia przed sądem pierwszej instancji w sprawach, w których prowadzono dochodzenie, jak również zakresu spraw zleconych tym organom (Dz.U. z 2018 r. poz. 522). Nie wymieniono w nim jednostek samorządu terytorialnego, a zatem gmina nie jest upoważniona do prowadzenia takiego postępowania. Art. 4¹ ust. 1 pkt 6 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, który daje gminom prawo do występowania w charakterze oskarżyciela publicznego, stanowi również podstawę prawną do składania na policji wniosku o wszczęcie postępowania dowodowego. Policja powinna powiadomić o wszczęciu takiego postępowania gminę i prokuratora. Formalne wymogi, jakie musi spełniać akt oskarżenia, określają artykuły 332–334 k.p.k.). W przypadku istnienia braków formalnych aktu oskarżenia, sąd zwraca go oskarżycielowi w celu usunięcia braków w ciągu 7 dni, dlatego niezbędne jest zachowanie staranności oraz rzetelności podczas zbierania dowodów w sprawie.

Gmina może wskazać policji na etapie postępowania dowodowego konkretne osoby jako świadków, przekazać zdjęcia, którymi dysponuje i inne dokumenty, np. protokoły, ponieważ mogą być one wykorzystane jako dowody w sprawie. Świadkiem oskarżenia może być np. członek GKRPA. Należy jednak podkreślić, że świadkiem oskarżenia nie może być ta sama osoba, która występuje jako oskarżyciel publiczny.

Gmina, jak wskazano wcześniej, może być oskarżycielem publicznym (bez prawa przeprowadzenia postępowania dowodowego). Jeżeli złoży akt oskarżenia, stanie się stroną postępowania, a wówczas przysługuje jej prawo złożenia apelacji od wyroku wydanego w pierwszej instancji (art. 444 § 1 k.p.k.). Realizacja tego zadania przez gminy może oznaczać przyjęcie do współpracy prawnika, który będzie merytorycznie koordynował postępowanie, nadzorował sporządzenie apelacji, a w razie potrzeby reprezentował gminę przed sądem. Jeżeli akt oskarżenia w sprawie do sądu skierował prokurator, to tylko on może złożyć apelację od wydanego w tej sprawie wyroku.

6.2. Regulacje prawne dotyczące reklamy i promocji napojów alkoholowych

Kwestie związane z reklamą i promocją napojów alkoholowych reguluje ustawa wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Zgodnie z definicją ustawową zawartą w art. 2¹ ust. 1 pkt 3 za „reklamę napojów alkoholowych” uznaje się publiczne rozpowszechnianie znaków towarowych napojów alkoholowych lub symboli graficznych z nimi związanych, a także nazw i symboli graficznych przedsiębiorców produkujących napoje alkoholowe, nieróżniących się od nazw i symboli graficznych napojów alkoholowych, służące popularyzowaniu znaków towarowych napojów alkoholowych; za reklamę nie uważa się informacji używanych do celów handlowych pomiędzy przedsiębiorcami zajmującymi się produkcją, obrotem hurtowym i handlem napojami alkoholowymi. Natomiast „promocja napojów alkoholowych” oznacza, zgodnie z art. 2¹ ust. 1 pkt 2 powyższej ustawy, publiczną degustację napojów alkoholowych, rozdawanie rekwizytów związanych z napojami alkoholowymi, organizowanie premiowanej sprzedaży napojów alkoholowych, a także inne formy publicznego zachęcania do nabywania napojów alkoholowych.

Zgodnie z art. 13¹ ust. 1 ww. ustawy zabrania się na obszarze kraju reklamy i promocji napojów alkoholowych, z wyjątkiem piwa, którego reklama i promocja jest dozwolona, pod warunkiem, że:

1. nie jest kierowana do małoletnich;
2. nie przedstawia osób małoletnich;
3. nie łączy spożywania alkoholu ze sprawnością fizyczną bądź kierowaniem pojazdami;
4. nie zawiera stwierdzeń, że alkohol posiada właściwości lecznicze, jest środkiem stymulującym; uspakajającym lub sposobem rozwiązywania konfliktów osobistych;
5. nie zachęca do nadmiernego spożycia alkoholu;
6. nie przedstawia abstynencji lub umiarkowanego spożycia alkoholu w negatywny sposób;
7. nie podkreśla wysokiej zawartości alkoholu w napojach alkoholowych jako cechy wpływającej pozytywnie na jakość napoju alkoholowego;

8. nie wywołuje skojarzeń z:

- atrakcyjnością seksualną,
- relaksem lub wypoczynkiem,
- nauką lub pracą,
- sukcesem zawodowym lub życiowym.

Zakaz ten dotyczy również wydawnictw promocyjno-reklamowych przekazywanych przez producentów, dystrybutorów lub handlowców napojów alkoholowych klientom detalicznym (o czym stanowi ust. 8 ww. artykułu).

Ponadto ust. 2 cytowanego wyżej przepisu wskazuje, że reklama i promocja piwa, o której mowa w ust. 1, nie może być prowadzona:

1. w telewizji, radiu, kinie i teatrze między godziną 6.00 a 20.00, z wyjątkiem reklamy prowadzonej przez organizatora imprezy sportu wyczynowego lub profesjonalnego w trakcie trwania tej imprezy;
2. na kasetach wideo i innych nośnikach;
3. w prasie młodzieżowej i dziecięcej;
4. na okładkach dzienników i czasopism;
5. na słupach i tablicach reklamowych i innych stałych i ruchomych powierzchniach wykorzystywanych do reklamy, chyba że 20% powierzchni reklamy zajmować będą widoczne i czytelne napisy informujące o szkodliwości spożycia alkoholu lub o zakazie sprzedaży alkoholu małoletnim;
6. przy udziale małoletnich.

Należy przy tym wskazać, że ustawodawca nie precyzuje pojęcia „inne stałe i ruchome powierzchnie wykorzystywane do reklamy”, dlatego też wydaje się znacząca, przy próbie interpretacji przedmiotowego pojęcia, jego językowa wykładnia. Powierzchnią taką będzie zatem każda płaszczyzna wykorzystywana do umieszczenia na niej treści reklamowych – przykładowo billboard, baner, słup reklamowy, witryna sklepowa, Internet, ulotki reklamowe, gazetki. Należy więc uznać, że zarówno stałą, jak i ruchomą powierzchnią wykorzystywaną do reklamy piwa może być każda płaszczyzna bez względu na jej pierwotne przeznaczenie czy kształt (np. karoseria samochodu).

Warto wskazać, że w postanowieniu w sprawie o sygnaturze akt II KP693/14 Sąd Rejonowy dla Warszawy-Śródmieścia w Warszawie stwierdził, że „zdaniem Sądu należy uznać, że Internet stanowi powierzchnię reklamową”.

Z kolei w uzasadnieniu postanowienia z dnia 23 stycznia 2018 roku w sprawie III Kp 1210/17 Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie wypowiedział się w następujący sposób: „Nie spo-

sób przy tym zgodzić się z twierdzeniem, że dyspozycja art. 13¹ ust. 2 pkt 5 omawianej ustawy nie odnosi się do reklamy na stronach internetowych. Wykładnia językowa użytego tam zwrotu »innych stałych i ruchomych powierzchni wykorzystywanych do reklamy«, przy uwzględnieniu współczesnych realiów, w tym powszechnego zjawiska wykorzystywania stron internetowych jako przestrzeni umieszczania reklam, prowadzi do jednoznacznego wniosku, że strona internetowa będzie taką właśnie powierzchnią wykorzystywaną do reklamy, co słusznie zauważył skarżący. Wskazać przy tym należy, że taka wykładnia przepisu art. 13¹ omawianej ustawy, znajduje odzwierciedlenie również w orzecznictwie (vide: wyrok NSA z dnia 11 marca 2015 r., sygn. II GSK 162/14 publ. Legalis nr 1248594)».

Ze wspomnianego powyżej (w uzasadnieniu orzeczenia Sądu Rejonowego) uzasadnienia wyroku NSA (sygn. akt II GSK 162/14) wynika natomiast, że „Z kolei, jeżeli chodzi o zarzut skargi kasacyjnej dotyczący naruszenia art. 13¹ ust. 1 i 9 omawianej ustawy o wychowaniu w trzeźwości, to stwierdzić należy, że Sąd I instancji trafnie wskazał, że art. 13¹ ust. 1 ustawy zawiera bezwzględny zakaz promocji napojów alkoholowych, który dotyczy automatycznie także i publicznie dostępnych stron internetowych”.

Ponadto w cytowanym artykule (ust. 3) zabrania się reklamy, promocji produktów i usług, których nazwa, znak towarowy, kształt graficzny lub opakowanie wykorzystuje podobieństwo lub jest tożsame z oznaczeniem napoju alkoholowego lub innym symbolem obiektywnie odnoszącym się do napoju alkoholowego. Zabrania się również (ust. 4) reklamy i promocji przedsiębiorców oraz innych podmiotów, które w swoim wizerunku reklamowym wykorzystują nazwę, znak towarowy, kształt graficzny lub opakowanie związane z napojem alkoholowym, jego producentem lub dystrybutorem.

Powyższe zakazy nie obejmują reklamy i promocji napojów alkoholowych prowadzonej wewnątrz pomieszczeń hurtowni, wydzielonych stoisk lub punktów prowadzących wyłącznie sprzedaż napojów alkoholowych oraz na terenie punktów prowadzących sprzedaż napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia w miejscu sprzedaży.

Ustawowe zakazy dotyczą osób fizycznych, osób prawnych oraz jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej, które uczestniczą w prowadzeniu reklamy w charakterze zleceniodawcy albo zleceniobiorcy, niezależnie od sposobu i formy jej prezentacji.

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2003 roku w sprawie treści, wielkości, wzoru i sposobu umieszczania na reklamach piwa napisów informujących o szkodliwości spożywania alkoholu lub o zakazie sprzedaży alkoholu małoletnim (Dz.U. Nr 199, poz. 1950) na reklamach piwa umieszczanych na słupach i tablicach reklamowych i innych stałych i ruchomych powierzchni wykorzystywanych do reklamy umieszcza się napis informujący o:

1. szkodliwości spożywania alkoholu, o treści: *1/2 litra piwa zawiera 25 gramów czystego alkoholu etylowego. Nawet taka ilość szkodzi zdrowiu kobiet w ciąży i jest niebezpieczna dla kierowców* lub

2. zakazie sprzedaży napojów alkoholowych małoletnim, o treści: *1/2 litra piwa zawiera 25 gramów czystego alkoholu etylowego. Sprzedaż alkoholu osobom do lat 18 jest przestępstwem.*

Napisy, o których mowa powyżej, umieszcza się w górnej części reklamy, na stanowiącej 20% reklamy powierzchni podzielonej poziomo na dwie równe części w taki sposób, aby odległości liter od dolnej i górnej krawędzi części tła były nie większe niż 1/4 wysokości liter, a odległość między wierszami nie większa niż wysokość liter. Napisy drukuje się w sposób wyróżniający się od kolorystyki reklamy, w kolorze czerwonym na białym tle lub w kolorze białym na czerwonym tle, wielkimi literami (wersalikami), czcionką Avalon, Avant Garde lub Arial o grubości stanowiącej 20–25% jej wysokości.

W trakcie trwania reklamy piwa, będącego produktem tego samego producenta, na 50% tablic oraz stałych i ruchomych powierzchni wykorzystywanych do reklamy umieszcza się napis: *1/2 litra piwa zawiera 25 gramów czystego alkoholu etylowego. Nawet taka ilość szkodzi zdrowiu kobiet w ciąży i jest niebezpieczna dla kierowców, a na pozostałych 50% tych tablic i powierzchni – napis: 1/2 litra piwa zawiera 25 gramów czystego alkoholu etylowego. Sprzedaż alkoholu osobom do lat 18 jest przestępstwem.*

Warto wskazać również na wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 31 marca 2015 roku (sygn. akt II FSK 707/13), z którego wynika, iż „każde propagowanie znaku towarowego napojów alkoholowych (piwa) lub symboli graficznych z nim związanych, a także nazw i symboli graficznych przedsiębiorców produkujących piwo stanowi reklamę (...)”.

Polskie regulacje związane z zakazem promocji i reklamy napojów alkoholowych wpisują się w światową tendencję precyzyjnego ograniczania form i kanałów dystrybucji przekazu marketingowego napojów alkoholowych. Należy bowiem pamiętać, że istnieją dowody naukowe potwierdzające istnienie znaczącego wpływu reklamy alkoholu na wielkość problemów powodowanych przez alkohol. Przykładowo kraje, które wprowadziły całkowity zakaz reklamy napojów alkoholowych odnotowały spadek liczby ofiar śmiertelnych wypadków samochodowych.

W raporcie WHO dla regionu europejskiego *European Status Report on Alcohol and Health 2014* wskazuje się, że na 53 kraje regionu, 47 ma uregulowane w prawie ograniczenia dotyczące reklamy napojów alkoholowych, w tym jej całkowity zakaz w odniesieniu do konkretnych typów napojów lub kanałów komunikacji.

Zgodnie z informacjami zamieszczonymi w raporcie sporządzonym dla Komisji Europejskiej przez Petera Andersona i Bena Baumberga w listopadzie 2005 roku, reklama napojów alkoholowych ma znaczący wpływ na wielkość spożycia tychże napojów w danym kraju. Z przytoczanych w raporcie badań wynika, że w państwach o częściowych ograniczeniach reklamy napojów alkoholowych poziom spożycia tychże napojów jest niższy aż o 16% od spożycia alkoholu w państwach, w których nie ma takich ograniczeń. W państwach o całkowitym zakazie reklamy alkoholu w telewizji współczynnik ten jest niższy o 11% w porównaniu z państwami o częściowym zakazie reklamy napojów alkoholowych.

Istotą działań marketingowych jest budowanie popytu na określone dobra, intencją zatem każdej reklamy jest uzyskanie wzrostu konsumpcji reklamowanego produktu. Grupą szczególnie podatną na reklamę alkoholu są osoby młode. Relacja pomiędzy presją marketingową (reklamą) alkoholu na osoby młode a poziomem konsumpcji oraz ryzykiem rozpoczęcia nałogowego picia jest rzetelnie udowodniona i bezdyskusyjna. Wyniki długofalowych badań obserwacyjnych (trwających od 8 do 96 miesięcy) na młodzieży w wieku 10–21 lat jednoznacznie wskazują, iż obecność alkoholu w reklamach telewizyjnych, teledyskach, utworach muzycznych, przy stoiskach z alkoholem podczas wydarzeń sportowych i kulturalnych przyczynia się do zwiększenia ryzyka inicjacji alkoholowej, a także zwiększa ilość alkoholu spożywanego przez osoby już pijące.

6.3. Konsekwencje naruszenia zakazów związanych z reklamą i promocją napojów alkoholowych

Naruszenie zakazów związanych z reklamą i promocją napojów alkoholowych wiąże się z odpowiedzialnością karną. Zgodnie bowiem z art. 45² ust. 1 ustawy „Kto wbrew postanowieniom zawartym w art. 13¹ prowadzi reklamę lub promocję napojów alkoholowych lub informuje o sponsorowaniu imprezy masowej, z zastrzeżeniem art. 13¹ ust. 5 i 6, podlega grzywnie od 10 000 do 500 000 złotych”.

Ponadto naruszenie zakazów związanych z reklamą może wiązać się z cofnięciem zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych z uwagi na nieprzestrzeganie określonych w ustawie zasad i warunków sprzedaży napojów alkoholowych.

Przykłady naruszeń:

- umieszczenie butelek napojów alkoholowych, np. wina, wódki w oknie wystawowym w taki sposób, że są widoczne z zewnątrz punktu sprzedaży dla potencjalnych klientów w sposób umożliwiający rozpoznanie etykiet (nazwa, znak towarowy napojów alkoholowych, symbole graficzne z nimi związane);
- umieszczanie znaków towarowych napojów alkoholowych innych niż piwo w gazetkach promocyjnych;
- umieszczenie w ofercie sklepowego wydawnictwa reklamowo-promocyjnego produktu w postaci piwa bez wymaganego zastosowania się do treści Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2003 roku w sprawie treści, wielkości, wzoru i sposobu umieszczania na reklamach piwa napisów informujących o szkodliwości spożywania alkoholu lub o zakazie sprzedaży alkoholu małoletnim;
- przekazywanie klientom gazetki promocyjnej z reklamą piwa poza obszarem wydzielonego stoiska lub punktu prowadzącego wyłącznie sprzedaż alkoholu;
- umieszczanie na portalach społecznościowych, stronach internetowych reklamy piwa bez napisów ostrzegawczych lub reklama wysokoprocetowego alkoholu;

- prowadzenie reklamy i promocji produktów oraz usług, których nazwa, znak towarowy, kształt graficzny lub opakowanie wykorzystuje podobieństwo lub jest tożsamy z oznaczeniem napoju alkoholowego lub innym symbolem obiektywnie odnoszącym się do napoju alkoholowego, np. reklama piwa bezalkoholowego (w przypadku marek, które na rynek wprowadzają również piwa o zawartości powyżej 0,5% alkoholu).

6.4. Regulacje prawne dotyczące sprzedaży lub podawania napojów alkoholowych osobom nietrzeźwym, nieletnim, na kredyt lub pod zastaw

Art. 4¹ ust. 1 pkt 6 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi przyznaje gminom uprawnienie do podejmowania interwencji również w przypadku naruszenia art. 15 tej ustawy, tj. sprzedaży napojów alkoholowych osobom, których zachowanie wskazuje, że znajdują się w stanie nietrzeźwości, osobom do lat 18, na kredyt lub pod zastaw.

Sprzedaż alkoholu osobom, których zachowanie wskazuje, że znajdują się w stanie nietrzeźwości

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi wprowadza sankcję administracyjną za sprzedaż napojów alkoholowych osobom nietrzeźwym w postaci cofnięcia zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych. Jak wskazuje się w orzecznictwie, już jednokrotne naruszenie zakazu z art. 15 ust. 1 winno skutkować cofnięciem zezwolenia (patrz np. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 4 lutego 2011 roku o sygn. akt II GSK 166/10 „Nawet jednorazowe naruszenie zasady sprzedaży napojów alkoholowych osobom nieletnim, nietrzeźwym, pod kredyt lub pod zastaw, obliguje właściwy organ do cofnięcia zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych”; wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 17 sierpnia 2011 roku o sygn. akt II GSK 769/10 „Intencją ustawodawcy było objęcie unormowaniem art. 18 ust. 10 pkt 1 lit. a ustawy z 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi każdego przejawu naruszenia przepisów ustawy, bez względu na stopień i częstotliwość tych naruszeń”).

Oczywiście należy również pamiętać, że przedsiębiorca będzie ponosił odpowiedzialność jedynie po sprzedaży napoju osobie, której zachowanie wskazuje na to, że znajduje się pod wpływem alkoholu (art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy). Słusznie wskazał w tym przedmiocie Wojewódzki Sąd Administracyjny w Opolu w wyroku z dnia 17 marca 2011 roku II SA/Op 708/10: „(...) Oznacza to, że zakaz sprzedaży napojów alkoholowych osobom, których zachowanie może świadczyć, że jest w stanie nietrzeźwym, należy rozumieć w ten sposób, iż konieczne jest uwzględnienie przede wszystkim zachowania się osoby, której sprzedawany jest alkohol - chodzi zatem o takie zachowanie, które stwarza realne możliwości oceny, iż osoba kupująca napój alkoholowy jest w stanie nietrzeźwości”.

Sprzedaż alkoholu osobom poniżej 18. roku życia

Podobnie jak sprzedaż osobie nietrzeźwej, sprzedaż napojów alkoholowych osobie małoletniej stanowi zarówno podstawę odpowiedzialności karnej (art. 43 ust. 1 ustawy o wychowaniu

w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi), jak i przedmiot postępowania administracyjnego. W przypadku ujawnienia sprzedaży napoju alkoholowego osobie małoletniej obowiązkiem organu zezwalającego jest niewątpliwie wdrożenie procedury zmierzającej do cofnięcia zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych, ale także zawiadomienie organów ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa. Należy jednakże odróżnić oba powyższe, niezależne od siebie tryby postępowania.

Odpowiedzialność z tytułu złamania zakazu sprzedaży alkoholu osobie małoletniej na gruncie prawa administracyjnego jest odpowiedzialnością obiektywną niezależną od istnienia winy (por. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 21 lutego 2008 roku VI SA/Wa 2236/07). Przedmiotem postępowania administracyjnego jest ustalenie, czy rzeczywiście doszło do sprzedaży napoju alkoholowego osobie małoletniej. Intencją ustawodawcy było objęcie unormowaniem art. 18 ust. 10 pkt 1 lit. a ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi każdego przejawu naruszenia przepisów ustawy, bez względu na stopień i częstotliwość tych naruszeń. Sam fakt sprzedaży nieletniemu obliguje zatem do cofnięcia zezwolenia przez uprawniony organ. Dla ustalenia odpowiedzialności administracyjnej przedsiębiorcy nie ma znaczenia wina sprzedawcy, nie jest też ważne, czy przedsiębiorca miał świadomość, że dokonuje sprzedaży napoju alkoholowego osobie nieletniej, jak też, czy dokonał sprzedaży osobiście, czy przez zatrudnionego pracownika, na którego działanie nie miał wpływu w momencie dokonywania sprzedaży, i w końcu nie ma znaczenia ewentualny aspekt ekonomiczny (por. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 17 sierpnia 2011 roku II GSK 769/10).

Wina stanowi natomiast warunek odpowiedzialności za popełnienie przestępstwa określonego w art. 43 ust. 1 tej ustawy (por. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 21 lutego 2008 roku VI SA/Wa 2236/07). Aby doszło do skazania sprawcy za przestępstwo z art. 43 ust. 1, polegającego na sprzedaży napojów alkoholowych w wypadku, kiedy jest to zabronione (czyli np. osobie poniżej 18. roku życia – zgodnie z treścią art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy), konieczne jest udowodnienie, że sprzedaż osobie małoletniej była przez sprawcę zawiniona.

Sprzedaż alkoholu na kredyt lub pod zastaw

Sprzedaż napojów alkoholowych „na kredyt” w słownikowym rozumieniu oznacza „kupno lub sprzedaż towarów bez pieniędzy z zobowiązaniem uregulowania należności w terminie późniejszym”, „na rachunek, bez natychmiastowego wpłacenia pieniędzy”. Sprzedaż „pod zastaw” zaś może być rozumiana przez pryzmat przepisów prawa cywilnego dotyczących zastawów na rzeczy, tj. przez oddanie sprzedawcy rzeczy w zamian za napoje alkoholowe. Rzecz oddana w zastaw, w przypadku nieuiszczenia kwoty należnej za zakup, przejdzie na własność sprzedawcy.

Podobnie jak przy powyższych zakazach sprzedaży osobom nietrzeźwym i nieletnim, również i w tych sprawach sądy uznają, że już jednokrotne naruszenie zakazu powinno implikować sankcję. „Nawet jednorazowe naruszenie zasad sprzedaży jest wystarczającą i uzasadnioną przyczyną do

zastosowania sankcji w postaci cofnięcia zezwolenia (III SA/Kr 1235/08 - Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z dnia 30 listopada 2009 roku).

W związku z powyższym należy również wskazać, że sprzedaż napojów alkoholowych osobom nietrzeźwym, poniżej 18. roku życia oraz na kredyt lub pod zastaw, nie tylko podlega sankcji administracyjnej w postaci cofnięcia zezwolenia, ale również stanowi przestępstwo z art. 43 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, a zatem powinno podlegać zgłoszeniu na policję bądź bezpośrednio do prokuratury. Gmina może skierować również akt oskarżenia bezpośrednio do sądu, z uwzględnieniem uwag zawartych w pierwszej części tego rozdziału.

W 2021 samorządy otrzymały bezpłatne broszury „Ogranicz dostępność alkoholu. Zadania samorządu gminnego w zakresie ograniczenia dostępności alkoholu oraz przeciwdziałania nielegalnej reklamie w świetle przepisów prawnych oraz aktualnych badań naukowych”. Dodatkowo działa strona internetowa www.ograniczdostepnosc.pl, na której znajdują się materiały edukacyjne do bezpłatnego pobrania.

ROZDZIAŁ VII

WSPIERANIE ZATRUDNIENIA SOCJALNEGO PRZEZ ORGANIZOWANIE I FINANSOWANIE CENTRÓW INTEGRACJI SPOŁECZNEJ I KLUBÓW INTEGRACJI SPOŁECZNEJ³⁶

7.1. Wprowadzenie

Działalność centrów integracji społecznej (zwanymi dalej CIS) i klubów integracji społecznej (zwanymi dalej KIS), ich misja, cel, funkcje i zadania, grupy docelowe, sposób tworzenia i organizacji placówek zostały opisane w ustawie z dnia 13 czerwca 2003 roku o zatrudnieniu socjalnym (Dz.U. z 2020 r. poz. 176, z późn. zm.).

Zgodnie z jej zapisami podmioty zatrudnienia socjalnego realizują reintegrację zawodową i społeczną poprzez następujące usługi:

- kształcenie umiejętności pozwalających na pełnienie ról społecznych i osiągnięcie pozycji społecznych dostępnych osobom niepodlegającym wykluczeniu społecznemu;
- nabywanie umiejętności zawodowych oraz przyuczenie do zawodu, przekwalifikowanie lub podwyższenie kwalifikacji zawodowych;
- naukę planowania życia i zaspokajania potrzeb własnym staraniem;
- uczenie umiejętności racjonalnego gospodarowania posiadanymi środkami pieniężnymi.

Placówki są przeznaczone w szczególności dla osób znajdujących się w kryzysie bezdomności, uzależnionych od alkoholu, narkotyków, osób z zaburzeniami psychicznymi, długotrwale bezrobotnych, zwalnianych z zakładów karnych, uchodźców, osób z niepełnosprawnościami.

Wnioskować o przyjęcie do CIS może osoba zainteresowana bądź jej przedstawiciel ustawowy, jak również zakład leczenia odwykowego, powiatowe centrum pomocy rodzinie, ośrodek pomocy społecznej lub centrum usług społecznych.

³⁶ Rozdział przygotowany we współpracy z Justyną Rozbicką-Stanisławską – Centrum Integracji Społecznej Gdańsk, Ewą Żmudą – Wrocławskie Centrum Integracji, Pawłem Wiśniewskim – Janowskie Stowarzyszenie Niesienia Pomocy Humanus, wrzesień 2019 roku.

O skierowaniu na zajęcia oferowane przez CIS decyduje ośrodek pomocy społecznej bądź centrum usług społecznych po przeprowadzeniu wywiadu środowiskowego przez pracownika socjalnego, następnie kierownik CIS decyduje o przyjęciu lub nie osoby do realizacji Indywidualnego Programu Zatrudnienia Socjalnego w CIS (zwanego dalej IPZS) lub kontraktu socjalnego w KIS. Uczestnictwo w CIS gratyfikowane jest świadczeniem integracyjnym, codziennym posiłkiem, biletami komunikacji miejskiej oraz składkami na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, natomiast uczestnicy klubów nie otrzymują z tego tytułu żadnych świadczeń.

Centra integracji społecznej i kluby integracji społecznej są przykładem wdrożenia koncepcji aktywnej polityki społecznej opartej na zmianie podejścia do kolejności uzyskiwania przez niektóre grupy dysfunkcyjne wsparcia i pomocy państwa. Aktywna polityka oznacza, że osoby potrzebujące pomocy muszą także włączyć się w procesy likwidujące przyczyny ich trudności życiowych, a nie jak dotychczas – oczekiwać tylko świadczeń (głównie finansowych). W aktywnej polityce społecznej mottem działania jest idea „praca zamiast zasiłku”, a także silna presja na procesy integracyjne (instytucji, środowisk, ludzi). Centrum integracji społecznej jest pomostem pomiędzy pomocą społeczną a otwartym rynkiem pracy. Przebycie tej przestrzeni oznacza dla uczestników CIS konieczność zmierzenia się z deficytami żywotnymi i zawodowymi oraz konieczność odbudowania utraconych umiejętności lub nabycia nowych. Udział w programie zmusza odbiorców usług do aktywności intelektualnej, społecznej i zawodowej. Powoduje usamodzielnienie i uwolnienie od systemu pomocy społecznej.

CIS i KIS oferują nie tylko kompleksowe usługi z zakresu reintegracji społecznej i zawodowej, ale stały się spoiwem szerokiej koalicji lokalnej, składającej się z samorządu lokalnego, biznesu, organizacji pozarządowych. Powoduje to, że pomoc udzielona uczestnikom nie jest fragmentaryczna, jednotorowa. Współpraca z powiatowymi urzędami pracy, ośrodkami pomocy społecznej, poradniami leczenia uzależnień i biznesem powoduje, że możliwe jest zbudowanie kompleksowego i skutecznego planu reintegracji społecznej i zawodowej osoby, która tego potrzebuje.

Uczestnicy, zgodnie z ustawą, mają obowiązek przebywania w CIS minimum 6 godzin dziennie przez 5 dni w tygodniu w okresie minimum 6 miesięcy. W tym czasie podopieczny CIS bierze udział w: zajęciach społeczno-diagnostyczno-integracyjnych podczas miesiąca próbnego; warsztatach zawodowych 4 dni w tygodniu; zajęciach integracji społecznej – minimum 1 dzień w tygodniu; zajęciach komputerowych; konsultacjach specjalistycznych: na przykład z terapeutą, prawnikiem; edukacji ogólnej, np. w zajęciach z języka niemieckiego, angielskiego, szkoleniach przedmedycznych, wiedzy o społeczeństwie, oraz zajęć z zakresu prawa i obowiązków obywatelskich; szkoleniach zawodowych; wycieczkach integracyjnych, wyjściach kulturalnych, sportowych, edukacyjnych itp.

Natomiast w klubach integracji społecznej organizuje się w szczególności działania mające na celu pomoc w znalezieniu pracy na czas określony, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy u pracodawców, wykonywania usług na podstawie umów cywilnoprawnych oraz przy-

gotowanie do podjęcia zatrudnienia lub podjęcia działalności w formie spółdzielni socjalnej. Ponadto uczestnicy KIS biorą udział w pracach społecznie użytecznych, robotach publicznych. Mają dostęp do poradnictwa prawnego, działalności samopomocowej w zakresie zatrudnienia, spraw mieszkaniowych i socjalnych, mogą korzystać z programów stażowych, o których mowa w przepisach o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Samo uczestnictwo w klubach integracji społecznej jest dobrowolne, jednak warunkiem takiego uczestnictwa jest realizacja kontraktu socjalnego, o którym mowa w przepisach o pomocy społecznej. Okres uczestnictwa w klubie integracji społecznej jest ustalany indywidualnie z każdym uczestnikiem, a zakończenie uczestnictwa w KIS jest potwierdzone zaświadczeniem wydawanym niezwłocznie przez podmiot prowadzący klub integracji społecznej.

Coraz częściej w centrach i klubach integracji społecznej działania podejmowane indywidualnie dla każdego uczestnika umożliwiają zdiagnozowanie zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu oraz pracę nad uświadomieniem sobie przez uczestnika powodów sytuacji, w której się znalazł, i zmianę postawy życiowej. Nie zawsze podczas procesu rekrutacji bariery te są dostrzeżone i prawidłowo zdiagnozowane. Możliwość prowadzenia szczegółowej diagnozy i udzielenia adekwatnego wsparcia wynika przede wszystkim z faktu minimum 30-godzinnego pobytu w CIS w tygodniu. Dlatego też centra integracji społecznej mają możliwość dobrania odpowiednich narzędzi i wspólnie w ramach tzw. opieki kroczącej, podążać za uczestnikiem, w tym za osobami z problemami spowodowanymi nadużywaniem alkoholu, w procesie jego zdrowienia. W ramach realizacji IPZS czy KS możliwe jest wsparcie w szerokim zakresie - od abstynencji przez ograniczanie picie aż do redukcji szkód.

Należy przy tym przyjąć, że używając określenia „uzależnieni od alkoholu”, ustawodawca, podobnie jak w przypadku pacjentów leczenia odwykowego, miał na myśli osoby z różnymi rodzajami zaburzeń związanych z używaniem alkoholu, nie tylko osoby uzależnione. Do centrów i klubów integracji społecznej mogą trafić osoby nie tylko po ukończonej terapii odwykowej, ale również osoby nadużywające alkoholu w sposób widocznie problemowy, które nie mają diagnozy nozologicznej picia szkodliwego czy uzależnienia od alkoholu. Brak diagnozy nie powinien eliminować ich z udziału w programie reintegracji zawodowej i społecznej. Niektóre z tych osób w wyniku oddziaływań reintegracyjnych mogą ograniczyć spożywanie alkoholu do poziomu niskiego ryzyka szkód, inne zaś mogą zostać skierowane do placówek leczenia uzależnień i równolegle leczyć zaburzenia związane z używaniem alkoholu. W zajęciach oferowanych przez CIS mogą brać udział również osoby dorosłe pozostające w relacji z osobą uzależnioną od alkoholu.

7.2. Informacje dotyczące zasad finansowania centrów i klubów integracji społecznej

Jednym z zadań własnych samorządów gminnych realizowanych w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii (określonych w art. 4¹ ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholi-

zmowi) jest wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej.

Realizacja tego zadania musi wynikać wprost z zapisów gminnego programu, który powinien być konstruowany w sposób kompleksowy i zapewniający realizację działań na rzecz zróżnicowanego i możliwie szerokiego grona beneficjentów. W celu ścisłego powiązania realizowanych działań z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz przeciwdziałaniem narkomanii rekomenduje się finansowanie kosztów bieżącego funkcjonowania CIS ze środków przeznaczonych na realizację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, jedynie w sposób proporcjonalny do liczby osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków, w tym osób dorosłych pozostających w relacji z osobą uzależnioną biorących udział w oferowanych przez te placówki zajęciach reintegracyjnych.

Dopuszcza się, oprócz finansowania bezpośrednich kosztów realizacji zadań reintegracyjnych, również finansowanie kosztów zatrudnienia kierowników i pracowników CIS wraz z kosztami pochodnymi od zatrudnienia, w myśl wyżej wspomnianego schematu zasad finansowania. Warto wskazać, że jeżeli formą zatrudnienia w CIS są umowy o pracę, to ryzyko zawarcia takiej umowy z pracownikiem realizującym zadanie obciąża pracodawcę, bez względu na to, czy w danym roku są wystarczające środki z opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych.

Ponadto realizacja reintegracji społecznej i zawodowej może się odbywać również poprzez wspieranie innych przedsięwzięć oferowanych przez np. kluby integracji społecznej.

Na podstawie art. 7 ustawy o zatrudnieniu socjalnym utworzenie CIS może być finansowane m.in. w przypadku CIS tworzonego przez jednostkę samorządu terytorialnego, na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych, a w przypadku CIS tworzonego przez organizację pozarządową, z zasobów instytucji tworzącej pochodzących ze zbiorów, darowizn lub innych źródeł, dotacji na wyposażenie pochodzącej z dochodów własnych gminy przeznaczonych na realizację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, innych dochodów własnych jednostki samorządu terytorialnego. Utworzenie Centrum może być finansowane z dotacji na wyposażenie pochodzącej z dochodów własnych samorządu województwa przeznaczonych na realizację wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, na zasadach porozumienia. Sama działalność CIS może być finansowana z dotacji pochodzącej z dochodów własnych jednostek samorządu terytorialnego, w tym przeznaczonych na realizację programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, z wyjątkiem CIS działającego w formie jednostki budżetowej. Szczegółowe zasady ustalania kwoty dotacji określone są w art. 10 ustawy. Natomiast art. 18 ust. 6 ustawy pozwala na finansowanie utworzenia i działalności klubów integracji społecznej z dotacji pochodzących z dochodów własnych gminy, w tym również ze środków pochodzących z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych.

7.3. Zasady współpracy z podmiotami zatrudnienia socjalnego

Gmina, chcąc współpracować z podmiotami zatrudnienia socjalnego, może skorzystać z kilku form (trybów) zlecenia usług reintegracji społeczno-zawodowej. Są to:

- otwarty konkurs ofert podmiotów uprawnionych do udziału w tych przedsięwzięciach, określony w ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 roku o pożytku publicznym i o wolontariacie;
- zakup usług na bazie klauzul społecznych, określony w ustawie z dnia 19 września 2019 roku Prawo zamówień publicznych;
- zamówienia typu „in-house” dla podmiotów wewnętrznych społecznych, określony w ustawie z dnia 11 września 2019 roku – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 1710).

Gmina może również utworzyć własną jednostkę budżetową, jaką jest centrum integracji społecznej, jako kolejną formę prawną z możliwością finansowania jej działań ze środków alkoholowych w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii.

Warto wskazać, że zgodnie z art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 19 lipca 2019 roku o realizowaniu usług społecznych (Dz.U. poz. 1818) realizatorami usług społecznych określonych m.in. w ustawie o zatrudnieniu socjalnym i ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi może być jednostka organizacyjna gminy, organizacja pozarządowa w rozumieniu i wyłoniona w trybie ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 roku o pożytku publicznym i o wolontariacie, a także podmiot wyłoniony na podstawie ustawy prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 1327).

ROZDZIAŁ VIII

KOMPETENCJE CZŁONKÓW GMINNEJ KOMISJI ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH

8.1. Wprowadzenie

Ustawodawca w art. 4¹ ust. 4 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi wprowadził wymóg, aby osoby wchodzące w skład GKRPA posiadały odpowiednie przeszkolenie z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Ustawa wprowadziła nie precyzuje zakresu szkoleń, jakie powinni ukończyć członkowie GKRPA, ale należy przyjąć, że kompetencje i umiejętności osób wchodzących w skład komisji powinny być ściśle powiązane z zadaniami, jakie komisja realizuje. Stąd ustawowy wymóg posiadania przeszkolenia.

Nowelizacja ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z 17 grudnia 2021 roku, która weszła w życie 1 stycznia 2022 roku i połączyła gminne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych z gminnymi programami przeciwdziałania narkomanii, tworząc gminne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Jednak nie zdecydowano o rozszerzeniu kompetencji członków gminnych komisji. Jednakże z uwagi na fakt, iż gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych będą uczestniczyć w inicjowaniu zadań własnych gmin w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałaniu narkomanii określonych w art. 4 {1} ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz w art. 10.1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii warto, aby osoby wchodzące w ich skład znały podstawowe zagadnienia dotyczące przeciwdziałania narkomanii oraz profilaktyki uzależnień behawioralnych.

Skład GKRPA i kompetencje jej członków powinny umożliwiać efektywną realizację wszystkich zadań nałożonych na nią przepisami ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Wszyscy członkowie komisji, niezależnie od tego, jakie zawody reprezentują, powinni posiadać przynajmniej podstawowy poziom interdyscyplinarnej wiedzy z zakresu zadań, którymi się zajmują. Komisja działa bowiem kolegialnie, a to oznacza, że wszyscy jej członkowie są uprawnieni do podejmowania czynności określonych w ustawie. Warto też zwrócić uwagę na konieczność systematycznego podnoszenia swoich kwalifikacji, ponieważ wciąż pojawiają się nowe metody pracy w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych.

Działalność w gminnej komisji w dużej mierze polega na rozmowach z osobami potrzebującymi i szukającymi pomocy, tak więc bardzo ważne jest, by ćwiczyć umiejętności niezbędne w kontakcie i budowaniu relacji oraz w motywowaniu do szukania rozwiązań i wprowadzania zmiany. Metodą rekomendowaną do tego typu działań jest dialog motywujący. Członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych będą uczestniczyć w inicjowaniu zadań własnych gmin w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałaniu narkomanii określonych w art. 4¹ ust 1. ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, więc warto, aby znali podstawowe zagadnienia dotyczące przeciwdziałania narkomanii oraz przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym.

KCPU nie rekomenduje konkretnych podmiotów realizujących szkolenia dla członków gminnych komisji, ale zwraca uwagę na wybór takiego programu, który w pełni odpowiada podanym wyżej zakresom tematycznym. Istotnym elementem jest konieczność sprawdzenia czy osoby/wykładowcy realizujący poszczególne tematy zajęć posiadają odpowiednie kompetencje i praktyczne doświadczenie. Ważne jest, aby zajęcia dotyczące kontaktu GKRPA z klientem były prowadzone w formie warsztatów, podczas których istnieje możliwość ćwiczenia konkretnych umiejętności. Wykładowcy omawiający zagadnienia prawne (np. zagadnienia prawa karnego, cywilnego czy procesowego związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie) powinni posiadać wykształcenie prawnicze. Na wykształcenie prawnicze w tym przypadku zwraca także uwagę minister rodziny, pracy i polityki społecznej w Wytycznych do prowadzenia szkoleń w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

8.2. Podstawowe szkolenie dla kandydatów na członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych

Obecny program szkolenia dla GKRPA obejmuje 53 godziny dydaktyczne i koncentruje się na zagadnieniach z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, **w 2023 roku zostaną podjęte prace, by w programie tym uwzględnić zagadnienia z obszaru używania narkotyków i profilaktyki uzależnień behawioralnych.**

Dotychczasowy program jest dostępny na stronie www.kcpu.gov.pl

Na liście podstawowych kompetencji każdego członka komisji powinny znaleźć się takie obszary wiedzy jak:

- uzależnienie od alkoholu, leczenie osób uzależnionych, picie ryzykowne i szkodliwe, strategie pomocy oraz programy ograniczania picia;
- rodzina z problemem alkoholowym, w tym pomoc osobom bliskim osoby uzależnionej, sytuacja dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym;
- pierwszy kontakt z klientem GKRPA – osobą uzależnioną, zobowiązaną do leczenia odwykowego, dorosłym członkiem jej rodziny, osobą stosującą przemoc oraz osobą doznającą przemoc;

-
- zjawisko przemocy w rodzinie – aspekty prawne i psychologiczne, praca w zespołach interdyscyplinarnych i grupach roboczych, procedura „Niebieskie Karty” z uwzględnieniem roli GKRPA;
 - skuteczne strategie profilaktyczne, wiedza o czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących, profilaktyka szkolna, środowiskowa i rodzinna, standardy programów profilaktycznych oraz ich ewaluacja; system rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce oraz budowanie gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i ich ewaluacja;
 - miejsca pomocy (przede wszystkim dostępne w środowisku lokalnym) dla osób uzależnionych, ich bliskich, doznających przemocy i ją stosujących, rodzaje miejsc pomocy i ich oferta, w tym dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowych i dzieci w nich krzywdzonych z uwzględnieniem pracy socjoterapeutycznej;
 - zasady wydawania i cofania zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych oraz prowadzenie kontroli punktów sprzedaży napojów alkoholowych, lokalne strategie ograniczania dostępności alkoholu, w tym zawartość merytoryczna uchwał podejmowanych przez rady gmin na podstawie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

A także dodatkowo zagadnienia dotyczące używania narkotyków – edukacja, profilaktyka, leczenie i profilaktyka uzależnień behawioralnych.

8.3. Zagadnienia związane z funkcjonowaniem gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych

Kontrola punktów sprzedaży

Warto przypomnieć również, że z dniem 1 stycznia 2020 roku weszły w życie przepisy ustawy z dnia 31 lipca 2019 roku o zmianie niektórych ustaw w celu ograniczenia obciążeń regulacyjnych. Ustawa ta wprowadza zmiany w ustawie Prawo przedsiębiorców. Najważniejsza zmiana dotyczy art. 48 ust. 3 pkt 5 ww. ustawy. Do tej pory zawiadomienie o kontroli punktu sprzedaży napojów alkoholowych musiało zawierać imię, nazwisko oraz podpis osoby udzielającej upoważnienia z podaniem zajmowanego stanowiska lub funkcji, natomiast obecnie jest to imię, nazwisko oraz podpis osoby upoważnionej do zawiadomienia z podaniem zajmowanego stanowiska lub funkcji.

Skarga na działanie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych

Do działań gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych jako „organów władzy publicznej wykonujących zadania z zakresu administracji publicznej” mają zastosowanie przepisy działu VIII Kodeksu postępowania administracyjnego dotyczące skarg i wniosków. Oznacza to, iż skarga na działanie GKRPA (jako gminnej jednostki organizacyjnej) rozpatrywana będzie przez wójta (burmistrza, prezydenta miasta) będącego organem powołującym w myśl przepisów art. 4¹ ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Regulamin gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w art. 4¹ ustanawia tryb powoływania, zadania oraz skład gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych i zasady wynagradzania jej członków. Nie ujmuje jednak żadnych wytycznych odnoszących się do zasad jej działania i trybu pracy. Brak literalnej podstawy prawnej nie pozbawia bynajmniej gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych możliwości uchwalania własnego regulaminu, który zawiera zasady jej działania, a także podział i tryb pracy. Z przepisów prawa nie wynika jednakże obowiązek posiadania przez gminną komisję takiego regulaminu.

Regulamin może zostać przyjęty przez gminną komisję, a nie przez wójta (burmistrza, prezydenta miasta) w drodze zarządzenia. Przepisy ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym wyraźnie określają sytuacje, w których wójt może wydawać zarządzenia (np. powołanie zastępcy wójta, nadanie regulaminu określającego organizację i zasady funkcjonowania urzędu gminy), nie przewidują natomiast wydania zarządzenia o przyjęciu regulaminu GKRPA.

Czy instytucje, takie jak np. miejski ośrodek pomocy społecznej, policja, straż miejska mogą się zwracać do gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w celu otrzymania danych osobowych dotyczących osób kierowanych na leczenie odwykowe?

Co do zasady, zgodnie z art. 9 rozporządzenie o ochronie danych osobowych (RODO), zabronione jest przetwarzanie tzw. szczególnych kategorii danych osobowych, m.in. dotyczących zdrowia (w tym o nałogach). Zakaz ten nie obowiązuje, jeżeli istnieją przepisy prawa krajowego, na podstawie których przetwarzanie takich danych w interesie publicznym jest możliwe (art. 9 ust. 2 lit. g RODO).

W tym kontekście warto podkreślić, że możliwość żądania dostępu do danych wrażliwych przez różnego rodzaju instytucje musi zatem wynikać z przepisów regulujących zakresy ich działalności.

Ważny jest również cel, w jakim dane te mogą być pozyskiwane, każdorazowo wynikający z odpowiednich przepisów (np. wykrywanie przestępstw, udzielenie pomocy społecznej). Udostępnienie danych wrażliwych w innym celu nie jest dopuszczalne.

Dlatego, jeżeli instytucje zwracają się do gminnej komisji o udostępnienie danych bez związku z celem, w jakim mogą te dane pozyskiwać w świetle odpowiednich przepisów, np. w celu uzyskania informacji o przebiegu postępowania o zobowiązanie do leczenia odwykowego osoby, co do której złożyły wniosek, udzielenie takich informacji nie będzie już możliwe.

ROZDZIAŁ IX

INSTYTUCJA ZOBOWIĄZANIA DO LECZENIA ODWYKOWEGO

9.1. Wprowadzenie

Na wstępie warto zaznaczyć, że procedura zobowiązania do podjęcia leczenia odwykowego opisana w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi dotyczy wyłącznie uzależnienia od alkoholu. Nie obejmuje ona osób uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych lub uzależnień behawioralnych. Przymusowe leczenie osób uzależnionych od innych niż alkohol substancji psychoaktywnych należy wyłącznie do kompetencji sądów (karnych lub rodzinnych).

W art. 21 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi ustanowiono zasadę dobrowolności leczenia odwykowego osób uzależnionych od alkoholu. Zgodnie z tym przepisem wszelkie odstępstwa od tej zasady mają charakter wyjątkowy i muszą być uregulowane ustawą. Jednym z wyjątków od zasady dobrowolności jest instytucja zobowiązania do leczenia odwykowego unormowana w art. 24–36 ustawy. Do zadań własnych gminy, na mocy art. 4¹ ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, należy powołanie GKRPA, na której spoczywa obowiązek podejmowania czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu.

9.2. Raport Najwyższej Izby Kontroli dotyczący realizacji procedury zobowiązania do leczenia odwykowego

10 czerwca 2016 roku Najwyższa Izba Kontroli przedstawiła wyniki kontroli związanej z instytucją zobowiązania do leczenia odwykowego³⁷. Z przedstawionych przez NIK informacji wynika m.in., że procedura zobowiązania osób uzależnionych od alkoholu do leczenia odwykowego nie funkcjonuje sprawnie i nie wspomaga skutecznie rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce. Większość zobowiązanych (ponad 60%) nie stawia się na leczenie, a 30% osób przyjętych na obowiązkową terapię (na poziomie podstawowym) jej nie kończy. Połowa zobowią-

³⁷ Informacja o wynikach kontroli dostępna pod adresem: <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/15/095/> (dostęp: 25.08.2022).

zanych jest ponownie kierowana na przymusowe leczenie. Część z nich (48%) trafia tam wielokrotnie. Ponadto NIK wskazała na przewlekłość procedury – od zgłoszenia GKRPA osoby nadużywającej alkoholu do przyjęcia jej na leczenie odwykowe mija średnio od 174 do 1456 dni (średnio 673 dni), i tak:

- od zgłoszenia do gminnej komisji osoby nadużywającej alkoholu do skierowania do sądu wniosku o zobowiązanie jej do poddania się leczeniu mija średnio 266 dni;
- od zgłoszenia do gminnej komisji osoby nadużywającej alkoholu do uprawomocnienia się postanowienia sądu o zobowiązaniu do poddania się leczeniu odwykowemu mija średnio 443 dni;
- czas oczekiwania na przyjęcie na leczenie odwykowe wynosi średnio 230 dni.

Nie ulega wątpliwości, że wyniki kontroli powinny posłużyć m.in. członkom gminnych komisji do usprawnienia swoich działań w realizacji omawianego zadania.

9.3. Przetwarzanie danych przez gminną komisję

Zgodnie z art. 25a ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi:

Członkowie GKRPA, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań związanych z procedurą zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu, mogą przetwarzać informacje o osobach zobowiązanych bez zgody i wiedzy tych osób, oraz członków rodzin osób zobowiązanych w zakresie określonym w tym przepisie.

Nie ulega wątpliwości, że powyższy przepis upoważnia gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych do przetwarzania, w celu realizacji zadań komisji, danych osobowych osób, o których mowa w art. 24 ustawy oraz członków ich rodzin, zobowiązując jednocześnie członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych do zachowania poufności wszelkich informacji i danych uzyskanych w związku z realizacją zadań, o których mowa w art. 25 i art. 26 ustawy.

Należy zatem odpowiedzieć na pytanie, czy na podstawie art. 25a powyższej ustawy GKRPA może zwracać się do policji, ośrodków pomocy społecznej o dane z art. 25a na temat osoby, wobec której wszczęto procedurę sądowego zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu. Mając na uwadze powyższe, należy stwierdzić, że zgodnie z art. 4 pkt. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE³⁸ – „przetwarzanie” oznacza operację lub zestaw operacji wykonywanych na danych osobowych lub zestawach danych osobowych w sposób zautomatyzowany lub niezautomatyzowany, taką jak zbieranie, utrwalanie,

³⁸ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE - Dz.U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, s. 1 z późn. zm., dalej jako: RODO.

organizowanie, porządkowanie, przechowywanie, adaptowanie lub modyfikowanie, pobieranie, przeglądanie, wykorzystywanie, ujawnianie poprzez przesłanie, rozpowszechnianie lub innego rodzaju udostępnianie, dopasowywanie lub łączenie, ograniczanie, usuwanie lub niszczenie. Ponadto zgodnie z art. 9 ust. 1 RODO: „Zabrania się przetwarzania danych osobowych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub światopoglądowe, przynależność do związków zawodowych oraz przetwarzania danych genetycznych, danych biometrycznych w celu jednoznacznego zidentyfikowania osoby fizycznej lub danych dotyczących zdrowia, seksualności lub orientacji seksualnej tej osoby”. Przy czym zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. g RODO ust. 1 nie ma zastosowania w sytuacji, gdy przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą (lit. g).

Biorąc pod uwagę szeroką definicję przetwarzania, jak i podstawę prawną do przetwarzania danych wrażliwych (art. 25a ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi) można przyjąć, że komisje mogą występować do policji lub ośrodka pomocy społecznej o informację na temat danych dotyczących osób, wobec których podejmowane są działania. Jednakże pojawiają się wątpliwości w tym zakresie, głównie w związku z brakiem określenia ustawowego trybu pozyskiwania danych. Z tego względu PARPA zwróciła się do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jako organu właściwego do spraw ochrony danych osobowych, o interpretację art. 25a ustawy. 4 października 2019 roku PARPA otrzymała odpowiedź z Urzędu Ochrony Danych Osobowych (znak ZSPU.027.442.2019) w sprawie wykładni art. 25a ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

W ww. opinii wskazano, że „(...) ewentualne wnioski o udostępnienie GKRPA przez inne instytucje informacji (danych) niezbędnych do realizacji jej zadań związanych z procedurą zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu powinny pochodzić od danej gminy reprezentowanej przez wójta (burmistrza, prezydenta miasta). Nie wyłącza to uprawnień wójta (burmistrza, prezydenta miasta) do pisemnego upoważnienia określonej osoby (np. przewodniczącego GKRPA) do podpisywania takich wniosków na podstawie art. 268a ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2018 r. poz. 2096 oraz z 2019 r. poz. 60, 730 i 1133)”.

Równocześnie zaznaczono, że „(...) procedury realizacji uprawnień przez organy władzy publicznej powinny się opierać na przepisach szczególnych i to na ich podstawie organy władzy publicznej mogą tworzyć i udostępniać dane osobowe niezbędne do realizacji swych ustawowych uprawnień”.

Należy zaznaczyć, że przy przyjęciu interpretacji Prezesa UODO trzeba pamiętać, że zakres informacji (danych), o jakich mowa powyżej, nie może wykraczać poza katalog danych określonych w art. 25a ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Biorąc pod uwagę powyższe, to na wójcie, burmistrzu, prezydencie ciąży obowiązek zapewnienia, aby przetwarzanie danych przez gminne komisje odbywało się zgodnie z RODO. W sytuacji zatem, gdy gminne komisje mają problemy związane z interpretacją RODO, powinny kontaktować się z wyznaczonym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych Osobowych. Ponadto należy wskazać, że z dniem 25 maja 2018 roku weszła w życie ustawa z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych³⁹, która m.in. wprowadza przepisy prawa w zakresie np. zwolnienia z obowiązku informacyjnego w przypadku pośredniego pozyskiwania danych osobowych – art. 4 ustawy, czy ograniczenie prawa dostępu do informacji o fakcie przetwarzania danych przez administratora – art. 5 ustawy.

9.4. Regulacje prawne związane z zobowiązaniem do leczenia odwykowego

Zgodnie z art. 24 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, postępowanie zobowiązujące do podjęcia leczenia odwykowego dotyczy osób, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozpad życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od zaspokajania potrzeb rodziny oraz systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny. Oznacza to, że sam fakt uzależnienia od alkoholu nie może stanowić samoistnej podstawy do zobowiązania danej osoby do podjęcia leczenia odwykowego. Muszą temu towarzyszyć także określone negatywne zachowania w sferze społecznej. Zatem tylko taki sposób życia osoby odmawiającej leczenia odwykowego, który zagraża bezpieczeństwu i porządkowi publicznemu oraz prawom i wolnościom innych osób, wymaga interwencji władzy publicznej.

Sprawa o zastosowanie obowiązku poddania się danej osoby leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego należy do kategorii spraw z zakresu prawa osobowego i jest rozpoznawana w trybie postępowania nieprocesowego (art. 26 ust. 2 powyższej ustawy) przez sąd rejonowy właściwy dla miejsca jej zamieszkania lub przebywania. Zgodnie z art. 26 ust. 3 ustawy zarówno GKRPA, jak i prokurator uzyskały takie same uprawnienia do inicjowania postępowania sądowego i zostały na nich nałożone takie same obowiązki dotyczące wymagań wniosku. Zatem przesyłanie przez prokuratora do gminnej/miejskiej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych wniosków o wszczęcie procedury zmierzającej do zobowiązania do podjęcia leczenia odwykowego jest nieuzasadnione.

Zadania gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w ramach działań wynikających z instytucji prawnej zobowiązania do leczenia odwykowego:

- przyjęcie zgłoszenia o przypadku wystąpienia nadużywania alkoholu z jednoczesnym wystąpieniem przesłanek z art. 24 ustawy. Należy zaznaczyć, że każdy może złożyć zawiadomienie rozpoczynające procedurę. Warto podkreślić, że § 17 ust. 4 rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” stanowi, że grupa robocza lub zespół interdyscyplinarny kieruje osobę, wobec której istnieje podejrzenie

³⁹ Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781).

nie, że stosuje przemoc w rodzinie i nadużywa alkoholu do GKRPA. Przy czym osoba/podmiot zawiadamiająca/y nie staje się stroną postępowania. Ustawa nie przewiduje bowiem udziału w tym postępowaniu osób przekazujących informację, jak też udziału członków rodziny osoby, o czym mowa jest w art. 24 ustawy;

- zaproszenie na rozmowę osoby, co do której wpłynęło zgłoszenie i pouczenie jej o konieczności zaprzestania działań wymienionych w art. 24 ustawy i poddania się leczeniu odwykowemu. GKRPA nie posiada instrumentów prawnych do zobowiązania osoby, co do której wpłynęło zgłoszenie, aby przyszła na spotkanie. Może jedynie zaprosić taką osobę na rozmowę. Nie ulega wątpliwości, że odpowiednie zmotywowanie osoby uzależnionej od alkoholu do rozpoczęcia leczenia i zmiany swojej postawy jest niezwykle istotne.

Podczas spotkania z osobą, co do której wpłynęło zgłoszenie, nie powinien być obecny nikt inny oprócz członków GKRPA. Należy podkreślić, że na gruncie przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi tylko GKRPA posiada uprawnienie do prowadzenia procedury. Tym samym obecność innych osób spoza gminnej komisji będzie budzić zastrzeżenia z uwagi na przetwarzanie danych wrażliwych. Jednocześnie należy wskazać, iż w sytuacji stawienia się osoby, wobec której komisja prowadzi czynności wraz z pełnomocnikiem – np. adwokatem, należy zapewnić obecność pełnomocnika strony na takim posiedzeniu komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.

Jeśli osoba zaproszona na rozmowę jest osobą niesłyszącą, warto pamiętać, że art. 11 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 roku o języku migowym i innych środkach komunikowania się stanowi, że organ administracji publicznej zapewnia m.in. dostęp do świadczenia usług tłumacza języka migowego. Przy czym osoba niesłysząca jest zobowiązana zgłosić chęć skorzystania ze świadczenia ze wskazaniem wybranej metody komunikowania się, do właściwego ze względu na właściwość sprawy organu administracji publicznej, co najmniej na 3 dni robocze przed tym zdarzeniem, z wyłączeniem sytuacji nagłych.

Zgłoszenie powinno być dokonane w formie określonej przez organ administracji publicznej, w sposób dostępny dla osób uprawnionych.

Po dokonaniu zgłoszenia organ administracji publicznej jest zobowiązany do zapewnienia obsługi osoby uprawnionej w terminie przez nią wyznaczonym lub z nią uzgodnionym.

W przypadku braku możliwości realizacji świadczenia organ administracji publicznej zawiadamia o tym wraz z uzasadnieniem osobę uprawnioną, wyznaczając możliwy termin realizacji świadczenia lub wskazując na inną formę realizacji uprawnień określonych w niniejszej ustawie. Informacje na temat tego, jak znaleźć odpowiedniego tłumacza języka migowego zamieszczono w rozdziale I, punkt „Tworzenie oferty pomocy dla osób niesłyszących, pijących problemowo”.

Spotkanie członków GKRPA z osobą, co do której wpłynęło zgłoszenie, nie powinno przybierać formy posiedzenia wyjazdowego w miejscu zamieszkania tej osoby.

Ponadto gminna komisja nie jest uprawniona do zlecenia ośrodkowi pomocy społecznej przeprowadzania wywiadów środowiskowych. Uprawnienie to przysługuje jednak sądowi – zgodnie z art. 30a ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi: „Sąd może zarządzić przeprowadzenie przez kuratora sądowego wywiadu środowiskowego w celu ustalenia okoliczności wskazujących na nadużywanie alkoholu przez osobę, której postępowanie dotyczy, oraz zakłócania przez nią spokoju lub porządku publicznego, a także jej relacji w rodzinie, zachowania się w stosunku do małoletnich i stosunku do pracy”.

Tym samym sądy zostały „wyposażone” wprost w podstawę prawną do zlecenia kuratorom sądowym przeprowadzania wywiadów środowiskowych zarówno przed wydaniem postanowienia w zakresie zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu, jak też przed wydaniem orzeczenia o ustaniu obowiązku poddania się leczeniu bądź zmianie rodzaju zakładu leczenia odwykowego.

W opinii KCPU działanie GKRPA w ramach procedury zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu, obejmujące sprawdzanie stanu trzeźwości osób zapraszanych na rozmowy motywujące, jest przekroczeniem uprawnień i przeczy istocie rozmowy motywującej do poddania się leczeniu odwykowemu. W sytuacji, gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że osoba zaproszona na rozmowę motywującą znajduje się pod wpływem alkoholu, zasadnym jest po stronie komisji odstąpienie od prowadzenia rozmowy oraz zaproponowanie kolejnego terminu spotkania. Z takiego spotkania należy sporządzić notatkę służbową, opisując przesłanki dotyczące niemożności podjęcia dialogu z osobą zgłoszoną do gminnej komisji, z uwagi na fakt, że ta osoba była pod wpływem alkoholu.

Nie jest także zasadne zakupienie alkometru dla GKRPA. Najwyższa Izba Kontroli – Delegatura we Wrocławiu w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 9 grudnia 2008 roku (P/08/151 LWR- 41034-5/2008) po przeprowadzonej kontroli w Urzędzie Gminy Zgorzelec, wskazała: „(...) NIK zwraca uwagę, że w 2007 roku na potrzeby GKRPA zakupiony został alkometr oraz ustniki do alkometru za kwotę łączną 600 zł. Zakup wymienionego sprzętu na potrzeby GKRPA nie był zasadnym w świetle postanowień art. 4¹ ust. 1 pkt 1–7 ustawy o wychowaniu w trzeźwości”.

- skierowanie na badanie – jeżeli osoba wezwana nie zgodzi się na dobrowolne poddanie się leczeniu, a wstępne czynności przeprowadzone w sprawie potwierdzają, że kontynuowanie postępowania jest uzasadnione, to wskazane jest skierowanie jej na badanie przez biegłych (psycholog lub specjalista psychoterapii uzależnień i psychiatra) w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego (art. 25 ustawy);

Zdarza się, że osoba, w stosunku do której wpłynął wniosek o wszczęcie procedury, nie przyjmuje zaproszenia GKRPA na rozmowę lub stawia się przed komisją, ale neguje nadużywanie alkoholu. W powyżej sytuacji należałoby każdorazowo rozważyć inne sposoby postępowania – jeżeli z otrzymanego wniosku wynika, że jest wysoce prawdopodobne, iż osoba, którą zgłoszono, nadużywa alkoholu i są spełnione przesłanki społeczne, określone w art. 24 ustawy

o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, tj. dochodzi do rozkładu życia rodzinnego lub demoralizacji małoletnich, uchylania się od zaspokajania potrzeb rodziny oraz systematycznego zakłócania spokoju lub porządku publicznego. GKRPA powinna kontynuować dalsze działania wynikające z ustawy i powinna skierować osobę na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego. Natomiast w sytuacji, gdy z zawiadomienia nie wynika, że doszło do spełnienia przesłanek społecznych oraz przesłanki nadużywania alkoholu, a brak kontaktu z wnioskodawcą, jak i zgłaszającym uniemożliwia przyjęcie odmiennej interpretacji, wówczas warto rozważyć możliwość umorzenia postępowania.

- przygotowanie dokumentacji związanej z postępowaniem sądowym wraz z opinią wydaną przez biegłego (art. 26 ust. 3 ustawy), do której należą: opinia wydana przez biegłych, protokół z rozmowy z osobą zgłaszającą do komisji przypadek nadużywania alkoholu, protokół z rozmowy z osobą uzależnioną od alkoholu (o ile do takiej rozmowy doszło), inne informacje w sprawie. Jeśli osoba uzależniona nie stawiała się na rozmowę w terminie wskazanym przez komisję ani też na badanie przez biegłych, należy dołączyć do wniosku informację o podjętych w tej sprawie czynnościach (liczba i terminy zaproszeń wraz z informacją o niestawieniu się tej osoby). Warto podkreślić, że jakkolwiek postępowanie przed gminną komisją nie jest postępowaniem administracyjnym w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 735 z późn. zm., dalej jako: k.p.a.), to wszelkie pisma urzędowe kierowane do strony w toku tego postępowania powinny spełniać wymogi formalne wskazane w tym akcie;
- złożenie wniosku o wszczęcie postępowania do sądu rejonowego właściwego dla miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy (art. 26 ust. 3 ustawy). Charakter tego postępowania, skutek orzeczenia mogącego prowadzić do ograniczenia praw i wolności danej osoby oraz wskazanie niezwłoczności rozpoznania podkreślają konieczność dopełnienia wszystkich wymagań w składanym wniosku. Dlatego też ważne jest, aby wniosek, zgodnie z art. 511 w zw. z art. 126 i art. 187 ustawy z dnia 17 listopada 1964 roku Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 1805 z późn. zm., dalej jako: k.p.c.) zawierał oznaczenie sądu, do którego jest skierowany; imiona i nazwiska lub nazwy stron, ich przedstawiciele ustawowych i pełnomocników; oznaczenie rodzaju pisma; osnovę wniosku lub oświadczenia; w przypadku gdy jest to konieczne do rozstrzygnięcia co do wniosku lub oświadczenia - wskazanie faktów, na których strona opiera swój wniosek lub oświadczenie, oraz wskazanie dowodu na wykazanie każdego z tych faktów; podpis strony albo jej przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika; wymienienie załączników. Pismo to może również zawierać wnioski o wezwanie na rozprawę określonych świadków lub biegłych, żądanie dowodów znajdujących się w sądach, urzędach lub u osób trzecich. Do wniosku należy dołączyć odpis, a wraz z pismem wnieść opłatę. Zgodnie z art. 23 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. z 2022 r. poz. 1125 z późn. zm., dalej jako: ustawa o kosztach sądowych w sprawach cywilnych), od wniosku o wszczęcie postępowania nieprocesowego

pobiera się opłatę stałą w wysokości 100 zł. Zgodnie z art. 96 ust. 1 ww. ustawy wymóg ten nie dotyczy sytuacji, gdy stroną składającą wniosek jest prokurator.

Jednocześnie warto zwrócić uwagę na fakt, że zgodnie z art. 103 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych sąd może zwolnić jednostkę organizacyjną, która nie jest osobą prawną (a więc także gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych) od kosztów sądowych, gdy zdoła ona wykazać, że nie ma dostatecznych środków na ich uiszczenie. Wniosek o przyznanie zwolnienia z kosztów sądowych należy zgłosić na piśmie lub ustnie do protokołu w sądzie, w którym sprawa ma być wytoczona lub już się toczy.

9.5. Ważne zagadnienia dotyczące instytucji zobowiązania do leczenia odwykowego

Postanowienie o zobowiązaniu do leczenia odwykowego zapada w trybie nieprocesowym (art. 26 ust. 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi). Oznacza to, że w przeciwieństwie do postępowania procesowego, nie występują w nim przeciwstawne sobie strony, lecz uczestnicy, których udział w sprawie uzależniony jest od faktu, że mają oni interes prawny w sposobie rozstrzygnięcia sprawy. O uzyskaniu statusu uczestnika orzeka sąd w drodze postanowienia, na które przysługuje zażalenie.

Przymus, polegający na doprowadzeniu przez policję, można zastosować (zgodnie z zapisami ustawy) na etapie doprowadzania osoby uzależnionej od alkoholu na badanie przez biegłych, o ile odbywa się ono na zlecenie sądu, na rozprawę w sądzie i do zakładu leczniczego na podjęcie kuracji za każdym razem, gdy oddali się ona samowolnie z zakładu.

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nie zawiera przepisów odnoszących się do kwestii stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób zobowiązanych do leczenia odwykowego w trybie tej ustawy. Analizując natomiast regulacje ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2020 r. poz. 685, z późn. zm., dalej jako: ustawa o ochronie zdrowia psychicznego) warto zauważyć, że wprawdzie zgodnie z art. 34: „wobec osoby przyjętej do szpitala psychiatrycznego bez jej zgody przymus bezpośredni można stosować, poza okolicznościami określonymi w art. 18, także wtedy, gdy jest to konieczne do dokonania niezbędnych czynności leczniczych, o których mowa w art. 33. Przymus bezpośredni można także stosować w celu zapobieżenia samowolnemu opuszczeniu przez tę osobę szpitala psychiatrycznego”, to jednak istotne wątpliwości budzi możliwość zastosowania powyższego przepisu do pacjentów zobowiązanych do poddania się leczeniu odwykowemu. Zgodnie z art. 3 ust. 2, ilekroć przepisy ww. ustawy stanowią o szpitalu psychiatrycznym, rozumie się przez to również inny zakład leczniczy podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawujący całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową, dyskusyjne jednak wydaje się zaliczenie pacjentów zobowiązanych do poddania się leczeniu odwykowemu do kategorii osób przyjętych do szpitala psychiatrycznego bez ich zgody. W pierwszej kolejności należy zauważyć, że ustawa o ochronie zdrowia psychicznego posługuje się pojęciem „przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody”, ograniczając je do działań podejmowanych

wobec osób chorych psychicznie (a zatem osób, u których występują zaburzenia psychotyczne), w przypadku których doszło do spełnienia przesłanek wymienionych w art. 23, 24 i 29 tej ustawy. Zauważyć także należy, że inne regulacje odnoszące się do niedobrowolnego pobytu osób z zaburzeniami psychicznymi w szpitalu psychiatrycznym zawierają odrębne regulacje dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego w stosunku do ww. pacjentów. Przykładowo wskazać należy chociażby art. 204a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 2021 r. poz. 53, z późn. zm.), zgodnie z którym „wobec sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym można stosować środki przymusu bezpośredniego na zasadach, w trybie i w sposób określony w przepisach o ochronie zdrowia psychicznego”, brak jest zatem podstaw do uznania, by art. 34 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego stanowił samodzielną podstawę do stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów innych niż umieszczeni na podstawie art. 23, 24 i 29 tej ustawy.

Z punktu widzenia leczenia odwykowego uzależnienie jest przede wszystkim kategorią medyczną. Celem bezpośrednim placówek służby zdrowia nie jest naprawa rzeczywistości społecznej, tylko leczenie uzależnienia. Leczenie nie jest karą za naruszające normy społeczne zachowania osoby uzależnionej. Podstawową metodą leczenia jest psychoterapia uzależnienia, która – jak każda psychoterapia – zakłada dobrowolnie wyrażoną zgodę pacjenta. Efektywność psychoterapii (również uzależnienia) jest wprost proporcjonalna do motywacji wewnętrznej i zaangażowania pacjenta, a odwrotnie proporcjonalna do presji i konfrontacji.

W grupie osób zobowiązanych do leczenia terapię rozpoczyna ponad połowa zobowiązanych, a kończy ją nieco mniej niż połowa podejmujących leczenie. Ukończenie programu podstawowego nie jest najczęściej wystarczające do utrzymania trwałej zmiany wzoru picia. O skuteczności leczenia odwykowego decydują oddziaływania długofalowe, a obserwacje kliniczne i badania opinii przedstawicieli placówek leczenia odwykowego wskazują, że osoby zobowiązane rzadziej podejmują leczenie w ponadpodstawowych programach terapii, rzadziej też korzystają ze wsparcia grup samopomocowych, szybciej i częściej po leczeniu wracają do picia alkoholu.

Do osób, które w wyniku długoletniego uzależnienia straciły zdolność samodzielnego życia i podejmowania decyzji, powinno się stosować przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz o pomocy społecznej. Osoba, która w wyniku psychodegradacji alkoholowej nie jest w stanie samodzielnie żyć, powinna być umieszczona w zakładzie opiekuńczo-leczniczym bądź w domu pomocy społecznej. Placówki leczenia odwykowego nie są przygotowane ani do leczenia, ani do opieki nad takimi chorymi (brak personelu, brak zabezpieczeń, wyposażenia), a krótkie pobyty pacjentów (do 8 tygodni) nie rozwiązują żadnego z ich życiowych problemów.

Celem pobytu w placówce leczniczej nie jest izolacja pacjenta od otoczenia czy ochrona rodziny przed przemocą domową stosowaną przez pacjenta. Ten cel musi być realizowany w inny sposób, chociaż zobowiązanie do leczenia może być jednym z elementów pomagania osobom doświadczającym przemocy. Placówki leczenia uzależnienia od alkoholu nie pełnią roli aresztów. Ochronę

rodziny osoby uzależnionej przed przemocą powinny zapewnić interdyscyplinarne oddziaływania służb i instytucji działających w ramach zespołów interdyscyplinarnych oraz realizujących procedurę „Niebieskie Karty”. Leczenie uzależnienia u osoby stosującej przemoc czy osoby zakłócającej porządek publiczny w związku z nadużywaniem alkoholu nie może być jedynym rodzajem oddziaływań w sytuacji wystąpienia przemocy w rodzinie.

Biegli sądowi

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 roku w sprawie biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu (Dz.U. Nr 250, poz. 1883 z późn. zm.), biegłych powołuje przy sądzie okręgowym prezes tego sądu. Opinię w przedmiocie uzależnienia od alkoholu wydają wspólnie, po przeprowadzonych badaniach, lekarz psychiatra i psycholog albo lekarz psychiatra i specjalista psychoterapii uzależnień.

Zgodnie z rozporządzeniem osoba, wobec której wszczęto postępowanie w przedmiocie uzależnienia od alkoholu, jest poddawana badaniu psychologicznemu i psychiatrycznemu.

Wynik tych badań – stanowiący opinię w przedmiocie uzależnienia od alkoholu – ma służyć sądowi za podstawę do ewentualnego orzeczenia obowiązku poddania się przez tę osobę leczeniu odwykowemu.

Opinia w przedmiocie uzależnienia od alkoholu powinna się składać z dwóch odrębnych części, sporządzonych przez biegłego psychiatrę oraz psychologa/specjalistę psychoterapii uzależnień, ujętych w formie jednego dokumentu. Każdy z biegłych działa zgodnie z zakresem swojej specjalności.

Nie wyklucza to ewentualnej różnicy między biegłymi co do orzeczenia w kwestii uzależnienia od alkoholu. Zgodnie z rozporządzeniem, w przypadku gdy między biegłymi sporządzającymi opinię taka różnica zdań istotnie wystąpiła, fakt ten powinien być zaznaczony w opinii.

Doręczenia komornicze

Warto również wspomnieć o instytucji, która została wprowadzona celem likwidacji tzw. fikcji doręczenia w postępowaniu cywilnym, a zatem również w postępowaniu nieprocesowym wszczętym na wniosek gminnej komisji o zobowiązanie osoby do leczenia odwykowego. Może się to bowiem łączyć ze zwiększeniem kosztów ponoszonych przez gminne komisje.

7 listopada 2019 roku wszedł w życie art. 139¹ Kodeksu postępowania cywilnego, dodany przez art. 1 pkt 45 ustawy z dnia 4 lipca 2019 roku o zmianie ustawy - Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych (Dz.U. poz. 1469 z późn. zm.), zgodnie z którym, w przypadku gdy osoba, której dotyczy skierowany do sądu wniosek, nie odbierze doręczanego jej powtórnie odpisu tego wniosku, przewodniczący sądu prześle ten odpis do gminnej komisji i zobowiąże ją do doręczenia tego pisma adresatowi za pośrednictwem komornika. Warto zaznaczyć, że nie będzie

to dotyczyć innych pism niż pierwsze w postępowaniu sądowym oraz osób, które odmówiły przyjęcia pisma (wówczas doręczenie uważać się będzie za skuteczne).

Zobowiązana przez sąd do doręczenia GKRPA będzie musiała w terminie dwóch miesięcy złożyć do akt potwierdzenie doręczenia pisma za pośrednictwem komornika albo złożyć to pismo, które miało zostać doręczone wraz ze wskazaniem aktualnego miejsca zamieszkania adresata lub dowodu, że adresat przebywa pod adresem wskazanym we wniosku. Jednocześnie ustawodawca, wprowadzając zmiany w ustawie z dnia 22 marca 2018 roku o komornikach sądowych (Dz.U. z 2022 r. poz. 1168, z późn. zm., dalej jako: ustawa o komornikach sądowych), zobligował komorników sądowych do osobistego doręczenia pisma na zlecenie zobowiązanej przez sąd gminnej komisji, za potwierdzeniem odbioru i oznaczeniem daty albo za stwierdzeniem, że adresat pod danym adresem nie zamieszkuje (art. 3 ust. 4 pkt 1 tej ustawy). Na zlecenie zobowiązanej do doręczenia gminnej komisji komornicy będą zobligowani również do ustalenia aktualnego miejsca zamieszkania adresata wniosku (art. 3 ust. 4 pkt 1a tej ustawy).

Komornik sądowy zobowiązany jest do doręczenia pisma w ciągu 14 dni. Jeżeli adresat będzie nieobecny – komornik ustali, czy zamieszkuje on pod tym adresem, a ustalenia umieści w protokole. Jeżeli adresat zamieszkuje pod wskazanym we wniosku adresem, ale próba doręczenia mu odpisu wniosku okaże się nieskuteczna, komornik umieści w skrzynce pocztowej adresata zawiadomienie o podjętej próbie doręczenia, razem z informacją o możliwości odbioru pisma w kancelarii komornika w ciągu 14 dni od daty umieszczenia zawiadomienia oraz pouczy zastanego na miejscu dorosłego domownika o możliwości odbioru pisma. Pismo uważać się będzie za doręczone z upływem ostatniego dnia tego 14-dniowego terminu, a pismo zostanie zwrócone do gminnej komisji z informacją o dokonanych ustaleniach i datą doręczenia (art. 3a ust. 1–3 ustawy o komornikach sądowych).

Jeżeli doręczenie okaże się bezskuteczne, lecz adresat, zgodnie z ustaleniami, zamieszkuje pod wskazanym adresem lub komornik nie ustali, czy adresat zamieszkuje pod wskazanym adresem, zwróci on pismo gminnej komisji wraz z informacją o dokonanych ustaleniach (art. 3a ust. 4–5 ustawy o komornikach sądowych). W takim wypadku GKRPA będzie mogła się zwrócić do komornika sądowego o ustalenie aktualnego miejsca zamieszkania adresata.

Skutkiem niedopełnienia przez gminną komisję dwumiesięcznego terminu, o którym mowa w art. 139¹ § 2 Kodeksu postępowania cywilnego, jest możliwość zawieszenia postępowania z urzędu przez sąd na mocy art. 177 § 1 pkt 6 tego kodeksu. Zgodnie zaś z art. 182 § 1 pkt 1 tego kodeksu, sąd umorzy postępowanie, jeżeli „wniosek o podjęcie postępowania nie został zgłoszony w ciągu trzech miesięcy od daty postanowienia o zawieszeniu postępowania”. Zgodnie z art. 182 § 2, „umorzenie postępowania zawieszzonego w pierwszej instancji nie pozbawia powoda prawa ponownego wytoczenia powództwa, jednakże poprzedni pozew nie wywołuje żadnych skutków, które ustawa wiąże z wytoczeniem powództwa (...)”.

Konsekwencją wprowadzonych zmian jest m.in. konieczność dostosowania się gminnej komisji do nakazania przez sąd doręczenia za pośrednictwem komornika sądowego wniosku o zobowią-

zanie do leczenia odwykowego osobie, wobec której ten wniosek został złożony. Warto także wskazać, że GKRPA również będzie musiała pokryć koszty związane z tzw. doręczeniem komorniczym i ustaleniem przez komornika adresu osoby, której wniosek będzie doręczany. Opłata stała za tego rodzaju doręczenie wynosi 60 zł (art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 28 lutego 2018 roku o kosztach komorniczych (Dz.U. z 2021 r. poz. 210 z późn. zm., dalej jako: ustawa o kosztach komorniczych) za doręczenie na jeden adres, niezależnie od liczby podjętych prób doręczenia. W przypadku zwrotu niedoręzonego przez komornika wniosku ze względu na ustalenie, że dana osoba pod tym adresem nie zamieszkuje, komornik zwraca wniosek do wnioskodawcy i wówczas ten może wystąpić do komornika o ustalenie nowego miejsca zamieszkania, za co powinien on uiścić kwotę 40 zł (art. 41 ust. 2 ustawy o kosztach komorniczych).

ROZDZIAŁ X

WSPOMAGANIE DZIAŁALNOŚCI INSTYTUCJI, STOWARZYSZEŃ I OSÓB FIZYCZNYCH, SŁUŻĄCEJ ROZWIĄZYWANIU PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH ORAZ PRZECIWDZIAŁANIU NARKOMANII, W TYM TRYBY REALIZACJI ZADAŃ Z ZAKRESU PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH ORAZ PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII

10.1. Wprowadzenie

Samorząd, realizując poszczególne zadania określone w programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, może powierzyć organizacji pozarządowej realizację zadań, które wpisują się w zakres gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Trzeba pamiętać, że gminny program ma charakter ściśle zadaniowy, a gmina, realizując poszczególne zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, **nie finansuje podmiotów czy osób fizycznych, tylko realizuje powierzone zadania – co do zasady – w ramach konkursu ofert.**

10.2. Zasady wspomagania działalności instytucji, stowarzyszeń służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych oraz rozwiązywaniu problemów narkomanii

Istotne z punktu widzenia zasad finansowania zadań z gminnego programu profilaktyki jest wejście w życie ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1608 t.j., dalej jako: ustawa o zdrowiu publicznym), w której wskazano, że jednym z zadań z zakresu zdrowia publicznego jest profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych, co nakłada na samorząd obowiązek stosowania zapisów tej ustawy. Ustawa ta przewiduje odrębny tryb zlecania zadań określony w art. 14 ust. 1, tj. konkurs ofert. W art. 14 ust. 4 ww. ustawy ustawodawca uznał, że do wyboru **realizatorów zadań nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych oraz przepisów o prowadzeniu działalności pożytku publicznego na podstawie zlecenia realizacji zadań publicznych.**

W myśl ustawy o zdrowiu publicznym, w konkursach mogą brać udział podmioty wymienione w art. 3 ust. 2 tej ustawy, czyli: podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego, określonymi w art. 2 ustawy, w tym organizacje pozarządowe i podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, spełniające kryteria wyboru wskazane w ogłoszeniu o konkursie oraz spełniające dodatkowe kryteria formalne określone przy opisie poszczególnych zadań konkursowych.

Zgodnie z treścią art. 4¹ ust. 1 pkt 5 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, jak również zgodnie art. 10 ust. 1 pkt 4 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii możliwe jest wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służące zarówno rozwiązywaniu problemów alkoholowych, jak i rozwiązywaniu problemów narkomanii. W nawiązaniu do powyższego możliwy jest udział stowarzyszeń, w realizacji gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii jako realizatorów zadań przy zachowaniu trybów i zasad opisanych szczegółowo w punkcie 10.6.

Pamiętając, że zgodnie z art. 18² ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, finansowanie zadań zapisanych w gminnym programie powinno być rozpatrywane ze względu na ich bezpośredni związek z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz przeciwdziałaniem narkomanii.

10.3. Najczęściej zlecane zadania organizacjom pozarządowym

Z analizy zawartości gminnych programów wynika, że samorządy często zlecają realizację organizacjom pozarządowym zadania z zakresu wsparcia osób uzależnionych w procesie zdrowienia, jak również prowadzenie punktów konsultacyjno-informacyjnych czy też prowadzenie placówek wsparcia dziennego, co jak najbardziej wpisuje się w zakres gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii.

Warto w tym momencie wspomnieć o programach profilaktycznych i rehabilitacyjnych dla osób dorosłych.

Należy podkreślić, że istotą programów profilaktycznych i rehabilitacyjnych jest długofalowe działanie na rzecz zmiany nawyków i utrwalania prawidłowych wzorów zachowań i funkcjonowania w życiu społecznym, a nie czasowa potencjalna zmiana zachowania. Wszystkie działania o charakterze jednorazowym, incydentalnym nie zastąpią realizacji profesjonalnych programów rehabilitacyjnych.

Poprzez program rehabilitacji osób uzależnionych rozumie się działania mające na celu podtrzymanie oraz utrwalanie zmian po zakończeniu leczenia uzależnienia, uczące umiejętności, które służą zdrowieniu oraz pomagają w podejmowaniu i realizacji zadań wynikających z pełnionych ról społecznych. Przykładowymi działaniami z tego zakresu są: treningi zapobiegania

nawrotom, treningi zachowań konstruktywnych, programy aktywizacji zawodowej. Za każdym razem, podejmując decyzję o dofinansowaniu konkretnego działania, należy dokonać analizy, czy spełnia ono warunki oddziaływania o charakterze rehabilitacyjnym.

10.4. Ruch abstynencki a wydatkowanie środków pochodzących z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych

Przy realizacji zadań gminnego programu ważnym partnerem dla gmin są stowarzyszenia abstynenckie. Stanowią one istotne miejsce promowania zdrowego i trzeźwego stylu życia dla osób uzależnionych i ich rodzin oraz podejmują działania na rzecz rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii na poziomie lokalnym. Zakres współpracy ze stowarzyszeniami abstynenckimi będzie zależał od lokalnych potrzeb i uwarunkowań, jednak należy podkreślić celowość i zasadność znaczącego udziału środowiska stowarzyszeń abstynenckich w działaniach w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii realizowanych przez samorządy.

10.5. Rodzaje ruchów abstynenckich

Współpracując z ruchami, społecznościami czy organizacjami abstynenckimi, warto znać istniejące, w ramach szeroko rozumianego ruchu trzeźwościowego, różnice i podobieństwa. Działalność abstynencka może mieć charakter zarówno formalny, jak i nieformalny.

10.5.1. Organizacje pozaformalne

- Wspólnota AA (Anonimowi Alkoholicy) i jej podobne formacje: Al-Anon (wspólnota rodzin i bliskich osób z problemem alkoholowym), Alateen (wspólnota dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym) oraz DDA (wspólnota dorosłych osób pochodzących z rodzin alkoholowych). Ruch AA jest całkowicie pozaformalną, dobrowolną i nieprofesjonalną wspólnotą trzeźwościową. Zgodnie z ideami jej funkcjonowania, **udzielanie jakichkolwiek dotacji z zewnątrz na rzecz działań lub programów każdego z tych ruchów jest niedozwolone, ponieważ narusza ich zasady ideowe oraz obowiązujące przepisy prawa**. Możliwe jest natomiast nieodpłatne udostępnianie lokalu należącego do gminy na spotkania grup. Więcej szczegółowych informacji dotyczących wspólnoty, w tym również o miejscu i czasie spotkań grup AA można uzyskać na stronie internetowej www.aa.org.pl, prowadzonej przez Fundację Biura Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce.
- Klub abstynenta – nazwy tej, często niesłusznie, używa się zamiennie z nazwą stowarzyszenie abstynenckie. W dużej mierze stowarzyszenia trzeźwościowe prowadzą kluby abstynenckie. Często także stowarzyszenia powstają na bazie klubu. W istocie jednak klub abstynenta jest wspólnotą nieformalną, miejscem, gdzie są prowadzone różnorodne działania wspierające trzeźwość jego członków, ich rodzin, a także propagujące tę ideę dla i w społeczności lokalnej. Są miejscem spotkań i wspólnego spędzania czasu zarówno członków klubu, jak i osób z zewnątrz. Klub często posiada określone formy i reguły członkostwa, regulaminy czy

strukturę organizacyjną, jednak to nie czyni go formalną organizacją **i jeśli nie posiada osobowości prawnej, również nie może ubiegać się o środki na zadania gminnego programu.**

10.5.2. Organizacje posiadające osobowość prawną

- Stowarzyszenie abstynenckie/trzeźwościowe – jest podstawową formą organizacyjno-prawną, przewidzianą w celu realizacji konstytucyjnego prawa swobody zrzeszania się. Jego działalność opiera się na ustawie z dnia 7 kwietnia 1989 roku Prawo o stowarzyszeniach, która określa, iż jest ono dobrowolnym, samorządnym, trwałym zrzeszeniem o celach niezarobkowych. Po spełnieniu wymogów formalno-prawnych i **wpisaniu do rejestru zyskuje osobowość prawną i staje się podmiotem formalnym. Każde stowarzyszenie posiada własne, szczegółowe obszary działalności, które są zapisane w statucie. Jeżeli będą one obejmować obszar profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii nie ma przeciwwskazań do udziału w konkursach na realizację zadań gminnego programu.**

Działalność stowarzyszeń abstynenckich obejmuje dwa główne nurty:

- wewnętrzny – na rzecz swoich członków, ich rodzin i innych osób, które do nich trafiają oraz
- zewnętrzny – na rzecz społeczności lokalnej.

Podejmowane przez stowarzyszenia abstynenckie działania obejmują następujące obszary:

- trzeźwościowy (w tym rehabilitacyjny);
- pomocowy (w tym interwencyjny) na rzecz promowania abstynencji i zdrowego stylu życia;
- integracyjny promujący zdrowy i trzeźwy styl życia, ukierunkowany na członków stowarzyszenia i ich rodziny m.in. poprzez pełnienie różnorodnych ról społecznych i aktywności bez alkoholu;
- współpracy, współdziałania na rzecz i ze społecznością lokalną;
- współpracy z innymi organizacjami i instytucjami;
- promocji realizowanych działań.

Stowarzyszenia abstynenckie podejmują aktywności ukierunkowane na wspieranie abstynencji i trzeźwienia, pomoc w rozwiązywaniu różnorodnych problemów, nawiązywanie kontaktu z osobami uzależnionymi, motywowanie ich do leczenia odwykowego. Podejmują też interwencje wobec osób z problemem alkoholowym czy narkotykowym. Organizują różnego rodzaju zajęcia rehabilitacyjne skierowane do osób uzależnionych i członków ich rodzin, ucząc umiejętności psychologicznych, społecznych i praktycznych. Oddziaływania te są niezwykle istotnym elementem w procesie zdrowienia. Zapobiegają one wykluczeniu społecznemu i zapewniają integrację społeczną osobom z problemem alkoholowym oraz narkotykowym. Warto podkreślić, że działania realizowane w stowarzyszeniach nakierowane są na wspieranie rodzin. Stowarzyszenia są miejscem, w którym rodziny mogą podjąć wspólnie trud odbudowywania więzi i relacji utraconych w trakcie choroby.

Różnorodne aktywności mają na celu nie tylko propagowanie trzeźwości, ale także pełnią ważną funkcję promocji i integracji działań samych stowarzyszeń.

10.6. Tryby realizacji zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii

10.6.1. Wprowadzenie

Aby mieć pewność, w jakim trybie (i na podstawie jakiej ustawy) realizować dane zadanie z gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, należy – na wstępie – odpowiedzieć na kilka pytań:

- Czy mamy do czynienia z powierzeniem realizacji zadania, czy to gmina jest jego realizatorem lub współrealizatorem?
- Czy mamy do czynienia z zakupem usług?
- Czy mamy do czynienia z zadaniem, które wymaga zakupu świadczeń gwarantowanych, programów zdrowotnych lub programów profilaktyki zdrowotnej?
- Czy mamy do czynienia z zadaniem wpisującym się do katalogu zadań z art. 114 ustawy o działalności leczniczej (remont placówki odwykowej, szkolenie kadry lecznictwa odwykowego, zakup sprzętu lub aparatury dla placówki leczniczej itp.)?
- Czy mamy do czynienia z zadaniem, które jest realizowane w trybie ustaw szczególnych (np. placówki wsparcia dziennego)?

W zależności od tego, jak będzie się kształtowała odpowiedź na poszczególne pytania, będziemy mieli do czynienia z trybami określonymi albo w ustawie o zdrowiu publicznym (ustawa, którą bierzemy pod uwagę jako pierwszą w kolejności), albo w ustawie z dnia 11 września 2019 roku – Prawo zamówień publicznych (przy zakupie usług – tryby z ww. ustawy lub procedura wewnętrzna urzędu w przypadku nieprzekroczenia progu określonego w tym akcie normatywnym), ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (świadczenia gwarantowane, programy zdrowotne, programy profilaktyki zdrowotnej), ustawie o działalności leczniczej (katalog zadań z art. 114 ww. ustawy) – te przypadki zostały opisane w rozdziale dotyczącym lecznictwa – lub ustawie o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (w przypadku placówek wsparcia dziennego).

10.6.2. Tryby realizacji zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii

10.6.3. Tryb przewidziany w ustawie z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym

Zgodnie z art. 4¹ ust. 2 ustawy wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi realizacja zadań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu jest prowadzona w postaci gminnego pro-

gramu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, stanowiącego część strategii rozwiązywania problemów społecznych i który uwzględnia cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, określone w Narodowym Programie Zdrowia. Należy zatem przyjąć, że merytoryczną podstawą do finansowania zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii są zadania określone w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi i ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii oraz zadania określone w Narodowym Programie Zdrowia.

Ustawa z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym w art. 2 wskazuje katalog zadań z zakresu zdrowia publicznego. Zadania te obejmują:

1. monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
2. edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych;
3. promocję zdrowia;
 - kreowanie postaw zdrowotnych i społecznych sprzyjających profilaktyce zachowań ryzykownych;
 - zapobieganie uzależnieniom oraz skutkom zdrowotnym i społecznym wynikającym z uzależnień;
4. profilaktykę chorób;
5. działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;
6. analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;
7. inicjowanie i prowadzenie:
 - działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego,
 - współpracy międzynarodowej dotyczącej działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego;
8. rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego;
9. ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych;
10. działania w obszarze aktywności fizycznej.

Ustawa ta przewiduje odrębny tryb zlecenia zadań z zakresu zdrowia publicznego, a w art. 14 ust. 4 ww. ustawy wskazano, że do wyboru realizatorów zadań nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych oraz przepisów o prowadzeniu działalności pożytku publicznego.

Wydaje się zatem, że – co do zasady – w przypadku powierzania realizacji wszystkich zadań z zakresu zdrowia publicznego (zatem również zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz zadań własnych gminy z zakresu przeciwdziałania narkomanii) należy stosować tryb określony w ustawie o zdrowiu publicznym (z wyłączeniem ustawy Prawo zamówień publicznych oraz ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie).

W sytuacji, gdy nie mamy do czynienia z powierzeniem realizacji zadania, a jego realizacją lub współrealizacją przez gminę lub jej jednostkę budżetową, brak jest podstaw do stosowania ustawy o zdrowiu publicznym.

W tym zakresie rekomendujemy również lekturę stanowiska Ministerstwa Zdrowia wyrażonego w dodatkowych informacjach dotyczących realizowania przepisów ustawy o zdrowiu publicznym (<https://www.gov.pl/zdrowie/tryby-realizacji-zadan-z-zakresu-zdrowia-publicznego>).

Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia wyrażonym w dodatkowych informacjach dotyczących realizowania przepisów ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym: „Zadania z zakresu zdrowia publicznego, o których mowa w art. 2 ustawy o zdrowiu publicznym, realizowane przy pomocy własnych jednostek organizacyjnych gminy np. szkół publicznych, dla których jednostka samorządu terytorialnego jest organem prowadzącym, należy potraktować jako zadania własne tej jednostki, gdyż mamy do czynienia z samodzielnym wykonywaniem zadań (...) wymienione jednostki nie są dla gminy „realizatorem” w rozumieniu ustawy o zdrowiu publicznym, któremu powierza się wykonanie zadań i tym samym nie ma konieczności stosowania trybu z ustawy o zdrowiu publicznym”.

Dlatego kluczowa dla decyzji o zastosowaniu ustawy o zdrowiu publicznym jest ocena czy zadanie to jest powierzane do realizacji na zewnątrz, czy jest zadaniem własnym, realizowanym przez samorząd gminny lub jednostki pomocnicze gminy.

10.6.4. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie a placówki wsparcia dziennego

Funkcjonowanie placówek wsparcia dziennego zostało uregulowane w dziale II, rozdziale trzecim ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

Z przepisów tych wynika (vide art. 190 ust. 2 ustawy), że „do zlecenia realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, stosuje się ustawę z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie”.

Wydaje się, iż przepis ten stanowi *lex specialis* (ustawę szczególną) w stosunku do ustaw ogólnych, regulujących tryb zlecenia zadań publicznych (w tym ustawy o zdrowiu publicznym). Co oznacza, że do zlecenia zadania w postaci prowadzenia placówki wsparcia dziennego miałyby zastosowanie tryb zlecenia zadań przewidziany w ustawie o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, a nie tryb przewidziany przepisami ustawy o zdrowiu publicznym.

ROZDZIAŁ XI

OPŁATA OD SPRZEDAŻY NAPOJÓW ALKOHOLOWYCH W OPAKOWANIACH JEDNOSTKOWYCH O ILOŚCI NOMINALNEJ NAPOJU NIEPRZEKRACZAJĄCEJ 300 ML

11.1. Wprowadzenie

Ustawa z dnia 14 lutego 2020 roku o zmianie niektórych ustaw w związku z promocją prozdrowotnych wyborów konsumentów (Dz.U. z 2020 r. poz. 1492), która weszła w życie w dniu 1 stycznia 2021 roku, wprowadziła do ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi przepisy dotyczące opłaty od sprzedaży napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml, czyli tzw. małych.

Od 2021 roku przedsiębiorcy hurtowi zaopatrujący przedsiębiorców detalicznych posiadających zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych do spożycia poza miejscem sprzedaży (potocznie zwanych „sklepowymi”) są obowiązani uiszczać opłatę w wysokości 25 zł za każdy pełny litr 100% alkoholu, pobieraną od napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml (por. ust 11 art. 9² ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi).

Obowiązek uiszczenia ww. opłaty powstaje w momencie zaopatrzenia w napoje alkoholowe w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml (vide art. 9² ust. 15 powyższej ustawy).

Przedsiębiorca hurtowy jest obowiązany, odrębnie w odniesieniu do każdego rodzaju zezwolenia, do obliczenia i wniesienia na rachunek właściwego urzędu skarbowego ww. opłaty do końca lipca danego roku (por. art. 9² ust. 17 powyższej ustawy) – poczynając od lipca 2021 roku.

Następnie Naczelnik Pierwszego Urzędu Skarbowego w Bydgoszczy *do końca sierpnia danego roku (poczynając od sierpnia 2021 roku)* dokonuje podziału łącznych wpływów z ww. opłat proporcjonalnie do wpływów uzyskanych przez gminy za I i II kwartał z opłat za zezwolenia detaliczne na sprzedaż napojów alkoholowych, na podstawie danych publikowanych w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw finan-

sów publicznych oraz przekazuje środki na rachunki bankowe Narodowego Funduszu Zdrowia i gmin (art. 9² ust. 19 powyższej ustawy).

Z kolei do końca kwietnia następnego roku (poczynając od kwietnia 2022 roku) Naczelnik Pierwszego Urzędu Skarbowego w Bydgoszczy dokonuje podziału łącznych wpływów z powyższych opłat proporcjonalnie do wpływów uzyskanych przez gminy za III i IV kwartał roku ubiegłego z opłat za zezwolenia detaliczne (art. 9² ust. 20 powyższej ustawy).

Opłaty wnoszone za sprzedaż napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml stanowią w wysokości:

1. 50% dochód gmin, na terenie których jest prowadzona sprzedaż napojów alkoholowych;
2. 50% przychód Narodowego Funduszu Zdrowia (por. art. 9³ ust. 3 powyższej ustawy).

Gmina przeznaczają ww. środki na działania mające na celu realizację lokalnej międzysektorowej polityki przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu (por. art. 9³ ust. 4 powyższej ustawy).

Z kolei Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej: NFZ) przeznaczają powyższe środki na działania o charakterze edukacyjnym i profilaktycznym oraz na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz innych następstw zdrowotnych spożywania alkoholu, z uwzględnieniem art. 97 ust. 3h ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (NFZ przekazuje na rachunek Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych środki finansowe w wysokości nie wyższej niż 8% środków uzyskiwanych przez Fundusz w poprzednim roku kalendarzowym zgodnie z art. 9² ust. 20 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi).

11.2. Finansowanie zadań ze środków pochodzących ze sprzedaży napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml

W odniesieniu do przeznaczania środków pochodzących z opłat od sprzedaży napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml, warto przywołać uzasadnienie projektu (druk sejmowy nr 210): „Wpływy z opłat stanowiące dochód gminy będą przeznaczane na działania mające na celu realizację lokalnej międzysektorowej polityki przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu (zatem zadania własne samorządu gminy związane przykładowo z polityką społeczną, zdrowotną lub inne działania związane z profilaktyką lub rozwiązywaniem problemów związanych ze spożyciem alkoholu)”. Należy również przywołać stanowisko Ministerstwa Zdrowia wyrażone w piśmie skierowanym do PARPA z dnia 16 października 2020 roku (ZPP.0212.3.2020.DL), w którym to wskazano, że „...zdecydowana większość działań z zakresu lokalnej międzysektorowej polityki przeciwdzia-

łania negatywnym skutkom spożywania alkoholu, będzie znajdowała odzwierciedlenie w gminnych programach rozwiązywania problemów alkoholowych (GPRPA). Jednakże w przypadku przeznaczania środków z ww. opłaty ustawodawca nie zastrzegł, że mogą one być wydatkowane wyłącznie na cele określone w GPRPA”, uznać należy, że **w pierwszej kolejności** opłaty pochodzące z opłat za sprzedaż napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml powinny być przeznaczane na zadania, o których mowa w art. 4¹ ust. 1 ustawy. Dotyczy to zwłaszcza tych sytuacji, w których samorząd gminny uzyskuje dochody z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych w wysokości niewystracającej na realizację wszystkich zadań wskazanych w ustawie oraz w Narodowym Programie Zdrowia. Powyższa interpretacja będzie także w pełni odzwierciedlała celowościowy charakter wprowadzonych zmian, tj. powiązanie wydatków na zadania służące przeciwdziałaniu negatywnym skutkom spożywania alkoholu. Jednocześnie należy zauważyć, że szereg zadań jest realizowanych już obecnie w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, takich jak prowadzenie świetlic czy programów profilaktycznych i wpisuje się w politykę międzyresortową, obejmując swoją właściwością obszar zdrowia, polityki społecznej i edukacji.

W **dalszej kolejności opłaty** mogą być przeznaczane na zadania nieujęte do tej pory w gminnych programach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Z tym że zadania te **muszą mieć związek z przeciwdziałaniem negatywnym skutkiem spożywania alkoholu. Związek ten każdorazowo będą musiały wykazać gminy, które zdecydują się na finansowanie zadań nieujętych w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii.** Wydaje się, że taki związek mógłby zostać wykazany np. przy finansowaniu izby wytrzeźwień, pomocy dla osób w kryzysie bezdomności uzależnionych od alkoholu (np. finansowanie noclegowni). Dodatkowo w opinii KCPU, przy ocenie zasadności finansowania zadań z ww. opłat, powinien być brany pod uwagę również dodatkowy element, tj.: czy powyższe zadanie nie jest zadaniem własnym innego podmiotu i nie jest finansowane przez inne podmioty, np. przez NFZ albo policję. W opinii KCPU wspomniane opłaty nie powinny być wydatkowane na zadania statutowe innych jednostek, np. nie powinny być przeznaczone na pomoc materialną, nawet jeśli ubóstwu towarzyszy problem alkoholowy, ponieważ jest to zadanie pomocy społecznej i tylko ona ma prawne instrumenty do weryfikacji finansowej sytuacji danej osoby pod kątem świadczenia socjalnego. Podobnie nie należy z tych środków doposażać policji, np. poprzez zakup benzyny do samochodów, ponieważ policja realizuje swoje odrębne ustawowo zadania. Dodatkowo przy wydatkowaniu środków z opłat powinno się brać pod uwagę ich efektywność i skuteczność, tak jak przy pozostałych zadaniach finansowanych ze środków publicznych.

Podjmując zatem decyzję o finansowaniu zadań na podstawie art. 9³ ust. 4 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, należy mieć na uwadze ustawowy cel wydatkowania przez samorząd powyższych środków, tj. przeciwdziałanie negatywnym skutkom spożywania alkoholu.

Ze względu na brak rozstrzygnięć organów kontrolnych, w tym w szczególności regionalnych izb obrachunkowych (odpowiedzialnych za badanie zgodności z prawem wydatków gminy) oraz Najwyższej Izby Kontroli w przedmiocie wydatkowania powyższych środków nie jest możliwe dokonanie przez KCPU precyzyjnej oceny co do legalności finansowania konkretnych działań ani przedstawienie katalogu zadań, które mogłyby zostać sfinansowane z powyższych środków. To podmiot finansujący będzie zobowiązany, w przypadku kontroli, wykazać związek między danym wydatkiem a ustawowym celem. Z tego względu gmina musi być przygotowana szczegółowo na uzasadnienie każdego wydatku przeznaczanego na realizację celu wynikającego z art. 9³ ust. 4 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Zgodnie z art. 4¹ ust. 1 w zw. z ust. 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, w gminnych programach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii mogą zostać ujęte jedynie zadania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracją społeczną osób uzależnionych od alkoholu. Tym samym należałoby przyjąć, że wpisywanie zadań wykraczających merytorycznie poza ten zakres (czyli wykraczających poza zakres profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, lecz nadal mieszczących się w kategorii zadań mających na celu realizację lokalnej międzysektorowej polityki przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu) nie wydaje się prawnie uzasadnione. Natomiast wydatki, które wpisują się w zakres określony w art. 4¹ ust. 1, powinny znaleźć odzwierciedlenie w gminnym programie niezależnie od tego, czy są finansowane ze środków pochodzących z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych czy nowych środków pochodzących z opłat za sprzedaż napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml.

Należy jednak pamiętać, że finansowanie z powyższych środków zadań wynikających z art. 4¹ ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (wpisanych lub niewpisanych do gminnego programu) może dotyczyć tylko działań związanych z przeciwdziałaniem negatywnym skutkom spożywania alkoholu, a zatem ani zadania związane z przeciwdziałaniem narkomanii, ani z przeciwdziałaniem uzależnieniom behawioralnym nie będą mogły być z tych środków finansowane.

11.3. Sprawozdanie wydatków ze środków pochodzących ze sprzedaży napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml

W uzasadnieniu do zmiany ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, która dodała do tej ustawy przepisy dotyczące opłaty od sprzedaży napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml, wskazano co następuje: „Wpływy z opłat stanowiące dochód gminy będą przeznaczać na działania mające na celu realizację lokalnej międzysektorowej polityki przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu (zatem zadania własne samorządu gminy związane przykładowo z po-

lityką społeczną, zdrowotną lub inne działania związane z profilaktyką lub rozwiązywaniem problemów związanych ze spożyciem alkoholu) (...) przewiduje się, że gminy w sprawozdaniach statystycznych (PARPA-G1) będą przedstawiać informację o sposobie wykorzystania środków uzyskanych z opłat (...)”⁴⁰.

W związku z koniecznością sprawozdania się samorządów gminnych z wydatkowania środków pochodzących z tytułu opłat od napojów alkoholowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml (tzw. małpki), wprowadzonych na mocy ustawy z dnia 14 lutego 2020 roku o zmianie niektórych ustaw w związku z promocją prozdrowotnych wyborów konsumentów i przekazanych na rachunki gmin do dnia 31 sierpnia 2021 roku zaleca się zatem bieżącą inwentaryzację ww. wydatków i zadań w taki sposób, aby w kolejnym roku kalendarzowym możliwe było przekazanie stosownych informacji sprawozdawczych. Przewiduje się, że sprawozdanie to będzie odbywało się w ramach Systemu Statystyki Publicznej PARPA-G1 i gminy tak jak każdego roku otrzymają informacje o wypełnieniu ankiety w wersji online.

11.4. „Przenoszenie” środków z opłat za sprzedaż napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml na kolejny rok budżetowy

Należy wskazać, że zgodnie z art. 9³ ust. 4 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi „Gmina przeznaczają środki, o których mowa w ust. 3 pkt 1, na działania mające na celu realizację lokalnej międzysektorowej polityki przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu”. Oznacza to między innymi, że kwota powyższych środków finansowych niewykorzystanych w danym roku budżetowym powinna zwiększyć pulę środków przeznaczonych w następnym roku na realizację lokalnej międzysektorowej polityki przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu.

Niewykorzystane w danym roku budżetowym środki przeznaczone na realizację lokalnej międzysektorowej polityki przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu, mogą zostać przeniesione na następny rok (pod pewnymi warunkami) – jako wydatki niewygasające. Jednakże należy pamiętać, że obowiązujący obecnie art. 263 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 305 z późn. zm., dalej jako: ustawa o finansach publicznych) znacznie ogranicza instytucję wydatków niewygasających.

Możliwość ustalenia wydatków niewygasających dotyczy obecnie jedynie wydatków, w odniesieniu do których zostały zawarte umowy o zamówienie publiczne lub wkrótce takie umowy zostaną zawarte – w wyniku zakończonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, w którym dokonano wyboru wykonawcy. Zatem została zastosowana zasada powiększenia środków na politykę międzysektorową w następnym roku budżetowym.

⁴⁰ Uzasadnienie rządowego projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z promocją prozdrowotnych wyborów konsumentów (druk sejmowy nr 210) dostępne pod adresem: <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/druk.xsp?nr=210>.

Z uwagi na fakt, że art. 9³ ust. 4 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi jednoznacznie wskazuje, że gmina przeznaczona powyższe środki na realizację wspomnianej wyżej „lokalnej międzysektorowej polityki przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu, konieczne jest powiększenie w kolejnym roku budżetowym kwoty przeznaczonej na realizację tejże polityki o środki w wysokości niewydatkowanej w roku poprzednim. Podstawą prawną takiego działania będzie wówczas wspomniany powyżej przepis – art. 9³ ust. 4 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Przedmiotowe zwiększenie budżetu na rok następny powinno znaleźć swoje odzwierciedlenie w uchwale budżetowej. Należy w tym miejscu wskazać, iż na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym to wójt (burmistrz, prezydent miasta) przygotowuje projekt budżetu, który uchwała rada gminy. Tym samym, podmiotem właściwym w obszarze „zabezpieczenia” na rok następny środków pochodzących ze sprzedaży napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml, a niewykorzystanych w danym roku, jest wójt (burmistrz, prezydent miasta) jako dysponent główny (dysponent pierwszego stopnia) środków budżetowych w rozumieniu przepisów ustawy o finansach publicznych.

Zatem zasada przenoszenia kwoty środków niewykorzystanych w danym roku budżetowym na rok następny w odniesieniu do środków pochodzących z opłat za napoje alkoholowe w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml, jest podobna do tej stosowanej przy środkach określonych w art. 18² ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

ROZDZIAŁ XII

ZAKRES POMOCY OBYWATELOM UKRAINY W ZWIĄZKU Z KONFLIKTEM ZBROJNYM NA TERYTORIUM TEGO PAŃSTWA

12.1. Wprowadzenie

Podstawą do udzielenia pomocy obywatelom Ukrainy w związku z wojną na Ukrainie jest ustawa o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz.U. poz. 583 z późn. zm.). Zgodnie z art. 12 ust. 4 i 5 ww. ustawy jednostki samorządu terytorialnego, związki JST lub związki metropolitalne – z własnej inicjatywy i w zakresie posiadanych środków, mogą zapewnić pomoc obywatelom Ukrainy, o których mowa w art. 1 ust. 1. Zakres pomocy określa w uchwale organ stanowiący JST lub związek metropolitalny, a formy i tryb udzielania pomocy określa właściwy organ wykonawczy.

Należy podkreślić, że kwestie związane z interpretacją ustawy z 12 marca 2022 roku o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa znajdują się poza zakresem właściwości KCPU. **Wiążących odpowiedzi może udzielić gospodarz ww. ustawy tj. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji.** Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom udziela odpowiedzi na pytania dotyczące zadań możliwych do realizacji na podstawie ustawy z 12 marca 2022 roku o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa **związanych jedynie z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych i narkotykowych.**

12.2. Przeznaczenie środków pochodzących z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych (oraz ze środków pochodzących z opłat za sprzedaż napojów alkoholowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej) na działania w celu zapewnienia pomocy uchodźcom

W dniu 15 kwietnia 2022 roku, z mocą od 24 lutego 2022 roku, weszły w życie art. 31a i 31b ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, które stanowią:

Art. 31a. Na realizację zadań z zakresu pomocy i usług społecznych, zapewniania schronienia, edukacji, opieki i wychowania, organizacji czasu wolnego, w tym kultury i sportu oraz zdrowia publicznego, w związku z pobytem na jej terenie osób, o których mowa w art. 1 ust. 1, jednostka samorządu terytorialnego może przeznaczyć dochody z opłat za zezwolenia wydane na podstawie art. 9², art. 11¹, art. 18 oraz art. 18¹ ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2021 r. poz. 1119 i 2469 oraz z 2022 r. poz. 24 i 218). Przepisy art. 12 ust. 6, 8 lub 9 stosuje się odpowiednio.

Art. 31b. Na realizację zadań, wskazanych w art. 31a w związku z pobytem na jej terenie osób, o których mowa w art. 1 ust. 1, jednostka samorządu terytorialnego może przeznaczyć dochody z opłat za zezwolenia wydane na podstawie art. 9 ust. 1 oraz 2 w związku z art. 9² ust. 11 oraz art. 9³ ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Przepisy art. 12 ust. 6, 8 lub 9 stosuje się odpowiednio.

Wobec tego zadania ukierunkowane na zapewnienie pomocy obywatelom Ukrainy, o których mowa w art. 1 ust. 1 powyższej ustawy, tj. tym, którzy przybyli na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z terytorium Ukrainy w związku z działaniami wojennymi prowadzonymi na terytorium tego państwa, oraz obywatelom Ukrainy posiadającym Kartę Polaka, którzy wraz z najbliższą rodziną z powodu tych działań wojennych przybyli na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (a za obywatela Ukrainy w ramach tej ustawy rozumie się także nieposiadającego obywatelstwa ukraińskiego małżonka obywatela Ukrainy, o ile przybył on na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z terytorium Ukrainy w związku z działaniami wojennymi prowadzonymi na terytorium tego państwa) podlegają ocenie według zacytowanych przepisów. Na powyższą pomoc mogą być przeznaczone zarówno środki tzw. korkowe jak i pochodzące ze sprzedaży napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml.

12.2.3. Zakres udzielanej pomocy dla obywateli Ukrainy z obszaru uzależnień

Leczenie uzależnień

Art. 37 ustawy z 12 marca 2022 roku o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa daje możliwość objęcia obywateli Ukrainy świadczeniami zdrowotnymi. Warto zwrócić uwagę na ust. 1 i 3 tego przepisu:

1. Obywatel Ukrainy, którego pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest uznawany za legalny na podstawie art. 2 ust. 1, **jest uprawniony do opieki medycznej udzielanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej obejmującej świadczenia opieki zdrowotnej na zasadach i w zakresie, w jakim osobom objętym obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym przysługuje prawo do świadczeń na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** z wyłączeniem leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej, a także podania produktów leczniczych wydawanych świadczeniobiorcom w ramach programów polityki zdrowotnej ministra właściwego do spraw zdrowia.

3. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, są rozliczane ze świadczeniodawcami oraz aptekami przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a finansowane z dotacji celowej z budżetu państwa udzielanej z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Szczegółowy tryb i sposób finansowania kosztów świadczeń, o których mowa w zdaniu pierwszym, zostanie określony w umowie zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zatem **co do zasady koszty świadczeń zdrowotnych pokrywane są z budżetu państwa, a nie budżetu jednostki samorządu terytorialnego.** Natomiast warto zwrócić uwagę na przytoczone powyżej art. 31a i 31 b ww. ustawy.

Placówki wsparcia dziennego

Należy pamiętać o tym, że placówki wsparcia dziennego mogą być finansowane ze środków pochodzących z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych (oraz środków pochodzących z opłat za sprzedaż napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml) w bardzo szerokim zakresie. Zwiększenie wymiaru zadań (zwiększenie liczby godzin, zatrudnienie większej liczby osób, zakup dodatkowych środków) w ramach zakresu wpisującego się w zadania, które mogą być finansowane z powyższych środków jest możliwe na podstawie dotychczasowych przepisów.

Faktem jest, że zgodnie z art. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2022 r. poz. 559), ilekroć w tej ustawie jest mowa o gminie, to należy przez to rozumieć wspólnotę samorządową, którą tworzą mieszkańcy gminy, dlatego zadania realizowane przez gminę powinny być w pierwszej kolejności przeznaczone dla mieszkańców gminy. Wyłom od tej zasady ustanawia art. 27 ust. 7 ustawy z dnia 12 marca 2022 roku o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, który stanowi, że: „Obywatele Ukrainy, przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, których pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest uznawany za legalny na podstawie art. 2 ust. 1, są uprawnieni do uzyskania wsparcia, o którym mowa w dziale II ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej”. W dziale II powyższej ustawy, w rozdziale 3, uregulowana została działalność placówek wsparcia dziennego. Tym samym objęcie działalnością placówek wsparcia dziennego również obywateli Ukrainy, których pobyt uznawany jest za legalny, w ramach finansowania ze środków pochodzących z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych (oraz ze środków pochodzących z opłat za sprzedaż napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml) należy uznać za uzasadnione.

Warto zwrócić również uwagę, że zgodnie z nowymi przepisami dzieci obywateli Ukrainy, o których mowa wyżej, nie wlicza się do limitów określonych w art. 18b ust. 3 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

W ramach kosztów prowadzenia placówki wsparcia dziennego możliwe do sfinansowania jest również zwiększenie dostępności usług prowadzonych przez tę placówkę. Wydaje się, że podobnie jak miałyby to miejsce w przypadku zatrudnienia tłumacza języka migowego, tak pokrycie kosztów zatrudnienia tłumacza języka ukraińskiego również znajduje uzasadnienie.

Punkty informacyjno-konsultacyjne

Nieco inaczej kształtuje się sytuacja punktów informacyjno-konsultacyjnych. Czasowe zwiększenie wykonywanych przez nie zadań nadal może być finansowane ze środków pochodzących z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych lub ze sprzedaży napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml w takim zakresie, jak do tej pory. W stosunku do tych podmiotów nie ma jednak przepisów szczególnych, a zatem wydaje się, że w celu rozszerzenia ich działalności na uchodźców niebędących mieszkańcami gminy należy odwołać się do art. 12 ust. 4 i 5 ww. ustawy Zatrudnienie dodatkowego personelu lub tłumaczy (w celu zwiększenia dostępności usług) w stosunku do osób ze społeczności lokalnej wydawałoby się uzasadnione, a zatem po podjęciu powyższej uchwały i określeniu w niej zakresu pomocy obejmującej działalność punktów informacyjno-konsultacyjnych, mogłoby ono również być finansowane z wyżej wymienionych środków dla osób wymienionych w tej uchwale.

Kluby integracji społecznej

W odniesieniu do klubów integracji społecznej należy wskazać, że w ustawie o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego kraju wprowadzono art. 24a, zgodnie z którym: „Obywatel Ukrainy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którego pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest uznawany za legalny na podstawie art. 2 ust. 1, może uczestniczyć w klubie integracji społecznej, o którym mowa w ustawie z dnia 13 czerwca 2003 roku o zatrudnieniu socjalnym. Przepisu art. 18 ust. 4 tej ustawy [dotyczącego obowiązku realizacji kontraktu społecznego – przyp. KCPU] nie stosuje się”. Wobec powyższego zapisu możliwe jest finansowanie z wymienionych na wstępie środków zadań klubów integracji społecznej w stosunku do obywateli Ukrainy, których pobyt w Polsce uznawany jest za legalny.

W nawiązaniu do powyższego, podsumowując, należy podkreślić, że w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, powinny być ujęte jedynie zadania określone w art. 4¹ ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz art. 10 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 1

Przykładowe wskaźniki do poszczególnych obszarów diagnozy w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

1. Rozpowszechnienie picia alkoholu oraz używania narkotyków w grupie dorosłych i młodzieży:
 - odsetek młodzieży pijącej napoje alkoholowe oraz używającej poszczególnych narkotyków kiedykolwiek w życiu,
 - odsetek młodzieży pijącej napoje alkoholowe oraz używającej poszczególnych narkotyków w czasie ostatnich 12 miesięcy,
 - odsetek młodzieży pijącej napoje alkoholowe oraz używającej poszczególnych narkotyków w czasie ostatnich 30 dni,
 - częstotliwość nadmiernej konsumpcji alkoholu przy jednej okazji – „binge drinking”,
 - częstotliwość picia poszczególnych napojów alkoholowych,
 - odsetek młodzieży, która upiła się w ciągu ostatnich 30 dni.
2. Konsekwencje zdrowotne i społeczne związane z używaniem alkoholu i narkotyków:
 - liczba interwencji domowych w związku z przemocą w rodzinie, których sprawcy znajdowali się pod wpływem alkoholu,
 - liczba interwencji w miejscach publicznych przeprowadzonych wobec osób nietrzeźwych przebywających w tych miejscach, w sytuacjach potencjalnego zagrożenia życia lub zdrowia tych osób,
 - liczba klientów, z którymi kontaktowała się gminna komisja w procedurze zobowiązania do leczenia odwykowego,
 - liczba osób przyjętych do szpitala z powodu ciężkiego lub bardzo ciężkiego zatrucia alkoholem lub przedawkowania narkotyków,
 - liczba pacjentów uzależnionych od alkoholu i narkotyków: przyjętych ogółem, po raz pierwszy i zobowiązanych do leczenia z powodu uzależnienia od alkoholu,
 - liczba rodzin korzystających z pomocy ośrodka pomocy społecznej z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych lub nadużywania alkoholu przez co najmniej jednego z członków rodziny.
3. Konsekwencje prawne związane z niewłaściwym używaniem alkoholu oraz przestępczość narkotykowa:
 - liczba nałożonych mandatów na sprawców wykroczeń popełnionych przeciwko przepisom ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi,
 - liczba osób podejrzanych o popełnienie przestępstw w związku z alkoholem oraz narkotykami,
 - liczba udzielonych pouczeń wobec sprawców wykroczeń popełnionych przeciwko przepisom ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi,

-
- liczba wykroczeń popełnionych przeciwko przepisom ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi,
 - liczba wypadków spowodowanych przez nietrzeźwych użytkowników dróg,
 - odsetek interwencji straży miejskiej dotyczących spożywania alkoholu w miejscach, w których jest to zabronione, wśród wszystkich interwencji.
4. Rynek alkoholowy, dostępność do substancji psychoaktywnych oraz nielegalny rynek narkotykowy:
- liczba cofniętych zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, przyczyny cofnięcia zezwoleń na sprzedaż detaliczną,
 - liczba kontroli punktów sprzedaży napojów alkoholowych i ich wyniki,
 - liczba osób przypadających na jeden punkt sprzedaży napojów alkoholowych,
 - liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych (ogółem i według rodzajów napojów alkoholowych),
 - liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży (według rodzajów i ogółem),
 - odsetek nieletnich oceniających możliwość kupna narkotyków/alkoholu jako łatwe lub bardzo łatwe (badania ankietowe wśród młodzieży),
 - liczba i ilość zabezpieczonych narkotyków,
 - odsetek młodzieży dokonującej zakupów napojów alkoholowych w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem,
 - ceny detaliczne narkotyków.
5. Działania z zakresu profilaktyki, leczenia, postrehabilitacji oraz redukcji szkód:
- liczba dzieci uczestniczących w zajęciach socjoterapeutycznych, w świetlicach z programem socjoterapeutycznym,
 - liczba dzieci uczestniczących w zajęciach opiekuńczo-wychowawczych, w świetlicach z programem opiekuńczo-wychowawczym,
 - liczba miejsc świadczących pomoc dzieciom z rodzin z problemem uzależnień, w których realizowano program socjoterapeutyczny,
 - liczba miejsc świadczących pomoc dzieciom z rodzin z problemem uzależnień, w których realizowano program wychowawczy,
 - liczba odbiorców programów profilaktycznych,
 - odsetek uczniów objętych rekomendowanymi programami profilaktycznymi,
 - liczba pacjentów z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu zarejestrowanych w placówkach leczenia odwykowego,
 - liczba programów profilaktycznych dla młodzieży, w tym programów rekomendowanych realizowanych w ramach gminnego programu,
 - liczba programów redukcji szkód oraz postrehabilitacji.

Załącznik nr 2

Taryfikator działań

Taryfikator rekomendowanych stawek wynagrodzeń za realizację działań w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii.

| Działanie | Jednostka miary | Koszt jednostkowy brutto w zł |
|---|---|---|
| Aktywizacja zawodowa | kursy zawodowe w kwocie maks. do 1800 zł na osobę | |
| Analiza danych | godzina | do 60 zł |
| Dobór prób badawczych | godzina | do 72 zł |
| Dyżur w hostelu | godzina | do 72 zł |
| Dyżury w telefonie zaufania | godzina | dni powszednie do 45 zł dni wolne od pracy do 55 zł |
| Honoraria autorskie | strona komputerowa | do 180 zł (za stronę znormalizowanego maszynopisu, tj. 1 800 znaków) |
| Konsultacje merytoryczne | godzina | do 240 zł |
| Obliczenia statystyczne wyników | godzina | do 75 zł |
| Opracowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych/szkoleniowych/dydaktycznych | strona komputerowa | do 100 zł (1 800 znaków z odstępami między wyrazami w tekście) |
| Opracowanie/adaptacja narzędzi badawczych (kwestionariusze, scenariusze wywiadów, arkusze obserwacji) | godzina | do 75 zł |
| Opracowanie raportu końcowego z przeprowadzonego projektu badawczego | godzina | do 75 zł |
| Przegląd literatury w zakresie aktualizacji wiedzy dotyczącej przedmiotu badania | godzina | do 60 zł |
| Przeprowadzenie wywiadu indywidualnego pogłębionego | wywiad | do 240 zł |

| Działanie | Jednostka miary | Koszt jednostkowy brutto w zł |
|---|---|--|
| Przeprowadzenie wywiadu kwestionariuszowego | 1 wywiad kwestionariuszowy/ankieta | do 195 zł |
| Przeprowadzenie Zogniskowany wywiad grupowy | Wywiad 1 godzina | do 400 zł |
| Przeprowadzenie ankiety audytoryjnej | jedno badanie audytoryjne | do 195 zł |
| Przygotowanie publikacji/materiałów do druku | | |
| korekta | arkusz wydawniczy | do 120 zł (40 000 znaków z odstępami między wyrazami w tekście) |
| redakcja językowa | arkusz wydawniczy | do 180 zł (40 000 znaków z odstępami między wyrazami w tekście) |
| skład, łamanie | strona po składzie | do 20 zł (w zależności od formatu publikacji i stopnia trudności) |
| Szkolenie badaczy terenowych | godzina | do 85 zł |
| Tłumaczenia | | |
| pisemne | Strona komputerowa | do 70 zł (1 800 znaków) |
| ustne symultaniczne | Za 4 godz. pracy jednego tłumacza | do 800 zł |
| Transkrypcja wywiadu | Nagranie 1 godzina | do 300 zł |
| Transport realizatorów (nie dotyczy zwrotu kosztów indywidualnego dojazdu uczestnika szkolenia/konferencji) | wg. kalkulacji Wnioskodawcy/Oferenta, która powinna być dokonana na podstawie uzasadnionego wyliczenia. | |

| Działanie | Jednostka miary | Koszt jednostkowy brutto w zł |
|--|-----------------|-------------------------------|
| Weryfikacja i aktualizacja zbiorów danych | godzina | do 45 zł |
| Wprowadzanie danych | godzina | do 45 zł |
| Wynagrodzenia dla realizatorów: | | |
| działań środowiskowych | godzina | do 75 zł |
| grup rozwoju osobistego | godzina | do 110 zł |
| grup wsparcia | godzina | do 110 zł |
| grup zapobiegania nawrotom | godzina | do 110 zł |
| interwencji kryzysowych | godzina | do 110 zł |
| indywidualnej rozmowy motywującej | godzina | do 110 zł |
| konsultacji prawnych/l/psychologa klinicznego | godzina | do 120 zł |
| oddziaływań edukacyjno-korekcyjnych dla sprawców przemocy domowej | godzina | do 80 zł |
| poradnictwa rodzinnego | godzina | do 100 zł |
| psychoterapii indywidualnej | godzina | do 150 zł |
| psychoterapii grupowej | godzina | do 200 zł |
| terapii wg programu CANDIS | sesja | do 140 zł |
| superwizji grupowej prowadzonej przez superwizora psychoterapii uzależnień (maksymalna stawka przysługuje, jeśli grupa superwizantów liczy 6-7 osób) | godzina | do 165 zł |
| warsztatów umiejętności psychospołecznych | godzina | do 110 zł |
| warsztatów umiejętności wychowawczych | godzina | do 110 zł |
| warsztatów wczesnej interwencji | godzina | do 110 zł |
| zajęć informacyjno-edukacyjnych | godzina | do 75 zł |
| zajęć opiekuńczo-wychowawczych dla dzieci z rodzin z problemem uzależnień | godzina | do 75 zł |
| zajęć socjoterapeutycznych | godzina | do 110 zł |

| Działanie | Jednostka miary | Koszt jednostkowy brutto w zł |
|--|-----------------|---|
| zajęć terapeutycznych dla osób doświadczających przemocy | godzina | do 100 zł |
| Wynagrodzenia dla prowadzących szkolenia - warsztaty wraz z ich przygotowaniem | godzina | do 240 zł |
| Wynagrodzenie dla prowadzących szkolenia - wykłady/prezentacje wraz z ich przygotowaniem | godzina | do 600 zł - dopuszcza się możliwość podniesienia stawki w przypadku np. wykładowców zagranicznych, wykładowców z tytułem profesorskim, wykładowców, dla których czas dojazdu do miejsca szkolenia wynosi co najmniej 3 godziny w jedną stronę lub innych szczególnych okoliczności, co wymaga odrębnego uzasadnienia. |
| Wynajem sal do organizacji konferencji międzynarodowej i ogólnopolskiej | dzień | do 3500 zł |
| Wynajem sal do organizacji szkoleń/zajęć/konferencji regionalnej | dzień | do 1600 zł |
| Wynajem sprzętu multimedialnego | dzień | do 720 zł |
| Założenie zbioru danych | godzina | do 40 zł |
| Zbieranie danych zastanych | godzina | do 40 zł |

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom w ogłaszanych konkursach dopuszcza zastosowanie stawek wyższych niż określone w ww. taryfikatorze pod warunkiem uznania szczegółowego uzasadnienia przedstawionego przez Wnioskodawcę/Oferenta.

Załącznik nr 3

Lista rekomendowanych programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.

Programy profilaktyki uniwersalnej/promocji zdrowia psychicznego

- **Apteczka Pierwszej Pomocy Emocjonalnej** – adresatem są uczniowie klas III–VI szkół podstawowych. Celem programu jest rozwijanie w uczniach umiejętności radzenia sobie ze stresem i trudnościami, a także kształtowanie postaw optymizmu, empatii, wytrwałości i wiary w siebie. Przed przystąpieniem do realizacji zajęć z dziećmi nauczyciel lub wychowawca uczestniczy w 14-godzinym szkoleniu dla realizatorów. Szkolenie prowadzone metodami warsztatowymi ma na celu przygotowanie nauczycieli do realizowania zajęć z uczniami, zapoznanie z zawartością programu, metodyką i materiałami do prowadzenia zajęć. Po ukończonym szkoleniu, na podstawie otrzymanych scenariuszy zajęć – nauczyciel prowadzi z uczniami 30 spotkań (każde trwające ok. 1 godziny lekcyjnej), po 3 spotkania do każdego z 10 tematów programu.
- **Archipeląg Skarbów** – program profilaktyki uniwersalnej adresowany do uczniów w wieku gimnazjalnym, ukierunkowany na ograniczenie zachowań problemowych (używanie alkoholu, narkotyków, wczesne zachowania seksualne, przemoc rówieśnicza) realizowany w formie spotkań w dużych grupach.
- **Program ARS, czyli jak dbać o miłość** – program dla uczniów szkół ponadpodstawowych, ich rodziców i nauczycieli. Program jest podzielony tematycznie na trzy części (optymalnie 12 godzin):
 - część pierwsza ARS VIVENDI – sztuka życia jest poświęcona zagadnieniom konsekwencji używania substancji psychoaktywnych dla zdrowia i życia,
 - część druga ARS AMANDI – sztuka kochania jest poświęcona omówieniu konsekwencji stosowania substancji psychoaktywnych dla różnych aspektów miłości i związków intymnych kobiety i mężczyzny,
 - część trzecia ARS GENERANDI – sztuka rodzenia dotyczy zagadnienia konsekwencji używania substancji psychoaktywnych dla zdrowia prokreacyjnego i zdrowia potomstwa.
- **Debata** – realizacja tego programu ma charakter „krótkiej interwencji profilaktycznej w grupie”, odbywa się z udziałem 2 prowadzących i trwa w jednej klasie 3 godziny. Standardowo dąży się do organizowania spotkań we wszystkich klasach danego poziomu, optymalnie klasy V i VI, gdyż większość uczniów w tym wieku jest przed inicjacją alkoholową. Nauczyciele (zwłaszcza wychowawcy klas) są obecni na zajęciach.
- **Program Profilaktyczno-Wychowawczy EPSILON** – program promocji zdrowia psychicznego ukierunkowany na rozwijanie umiejętności osobistych i społecznych dzieci w wieku 7–9 lat oraz poprawę ich psychospołecznego funkcjonowania.
- **Fantastyczne Możliwości** – szkolny program profilaktyki uniwersalnej ukierunkowany na opóźnianie wieku inicjacji alkoholowej u nastolatków wkraczających w okres dojrzewania.

-
- **Zagrajmy Razem!** (dawniej: Program Gra w Dobre Zachowania) jest polską adaptacją amerykańskiego programu Good Behavior Game (GBG). W przeciwieństwie do innych szkolnych programów profilaktycznych Zagrajmy Razem! nie wprowadza nowych treści do podstawy programowej i nie wymaga dodatkowych godzin lekcyjnych. Jest to raczej strategia działania nauczyciela – zarządzania przez niego zachowaniem klasy i nauką uczniów. Poprzez Grę nauczyciel kształtuje zachowania i postawy uczniów. Grę najlepiej jest wprowadzać od I klasy szkoły podstawowej, ale może być ona realizowana również w kolejnych latach nauczania wczesnoszkolnego. Szkolenie dla nauczycieli to łącznie 20 godzin oraz roczny proces pracy pod opieką superwizora.
 - **Laboratorium Wiedzy Pozytywnej** – program zawiera trzy moduły: moduł dla uczniów w wieku 13–14 lat – 12 sesji (każda po 2 godziny dydaktyczne), 2 moduły dla rodziców i dla nauczycieli. Laboratorium Wiedzy Pozytywnej koncentruje się na budowaniu i wzmacnianiu umiejętności życiowych.
 - **Poruszające Bajki o Emocjach** – program adresowany jest dla dzieci w wieku 4–5 lat, ich rodziców oraz wychowawców. “Poruszające bajki o emocjach” trwa cały rok szkolny i składa się m.in. z:
 - 10 warsztatów o emocjach dla grupy przedszkolnej, spotkania dla rodziców,
 - kolorowanki dla każdego dziecka,
 - materiałów dydaktycznych dla wychowawców/wychowawczyń w formie e-booka “Jak mądrze wspierać emocje dziecka w przedszkolu?”,
 - materiałów edukacyjnych dla rodziców w formie e-booka “Jak mądrze wspierać emocje dziecka?”.
 - **Projekt Lustro** – grupą docelową programu są uczniowie klas 1–3 szkoły ponadpodstawowej w wieku 15–17 lat. **Celem Programu jest zmniejszenie skali występowania zachowań ryzykownych oraz problemów zdrowia psychicznego u uczniów (uczestników) jako skutek wspierania prawidłowego rozwoju i wzmacniania czynników chroniących.** Zajęcia z uczniami składają się z 34 scenariuszy realizowanych w klasie szkolnej na przestrzeni trzech lat. Optymalna realizacja Programu przewidziana jest na ok. 10–12 zajęć w roku szkolnym. Zajęcia z uczniami poprzedzone są procesem szkoleniowym przygotowującym realizatorów (wychowawcy klas, pedagodzy, psychologowie i inni nauczyciele) złożonym z e-learningu, dwóch treningów umiejętności w wymiarze łącznym 40 godzin dydaktycznych i dwóch superwizji rozłożonych w czasie od 4 do 12 miesięcy w zależności od możliwości i potrzeb uczestników.
 - **Profilaktyczny Bank Dobrych Praktyk** – 8 modułów szkoleniowych dla nauczycieli (ponad 100 godzin pracy), rozłożonych na jeden rok szkolny. Głównym celem programu jest wzmocnienie w uczniach agresywnych ich odporności, zgodnie z koncepcją *resilience*, poprzez wyposażenie wychowawców w kompetencje, które umożliwią budowanie więzi i wsparcia pomiędzy wychowawcami a uczniami agresywnymi, a także kompetencje w zakresie stwarzania w klasie warunków sprzyjających uzyskiwaniu przez uczniów agresywnych akceptacji i wsparcia ze strony innych uczniów.

- **Program Domowych Detektywów** (program został oceniony na najwyższy poziom rekomendacji w międzynarodowej bazie programów EDDRA) – szkolny program profilaktyki uniwersalnej dla uczniów w wieku 10–12 lat oraz ich rodziców i nauczycieli, ukierunkowany na zapobieganie inicjacji alkoholowej.
- **Trzy Koła** – program daje możliwość wplatania scenariuszy w rutynową pracę nauczyciela: lekcje i kwadransy wychowawcze, lekcje niektórych przedmiotów, wycieczki, imprezy, akcje klasowe i szkolne, spotkania z rodzicami.
- **Program Wzmacniania Rodziny** – program profilaktyki uniwersalnej/selektywnej, adresowany do rodziców i młodzieży w wieku 10–14 lat, ukierunkowany na ograniczenie używania środków psychoaktywnych oraz zapobieganie innym zachowaniom problemowym młodzieży.
- **Przyjaciele Zippięgo** – program promocji zdrowia psychicznego dla dzieci w wieku 5–9 lat, ukierunkowany na wzmacnianie umiejętności osobistych i społecznych dzieci.
- **Spójrz Inaczej – program zajęć wychowawczo-profilaktycznych dla klas I–III szkół podstawowych** – Program może być realizowany w klasach, świetlicach itp. Realizowany jest w sposób ciągły przez 3 lata: w I klasie – 22 zajęcia 45-minutowe, w II klasie – 21 zajęć, w III – 25 zajęć.
- **Spójrz Inaczej – program zajęć wychowawczo-profilaktycznych dla klas IV–VI szkół podstawowych** – zajęcia w ramach tego programu są w założeniu kontynuacją zajęć prowadzonych w klasach I–III. W IV klasie realizowanych jest 25 zajęć 45-minutowych, w V klasie – 26 zajęć, w VI klasie – 28 zajęć. Realizator przeprowadza także dwa spotkania z rodzicami.
- **Szkoła dla Rodziców i Wychowawców** – program profilaktyki uniwersalnej ukierunkowany na zwiększenie kompetencji wychowawczych rodziców, a także wychowawców i nauczycieli pracujących z dziećmi i młodzieżą oraz przeciwdziałanie zachowaniom problemowym dzieci i młodzieży.
- **Tutoring szkolny** – program pedagogiki dialogu. Program jest skierowany zarówno do szkół podstawowych, ponadpodstawowych, jak i ośrodków socjoterapii, młodzieżowych ośrodków wychowawczych, a oparty jest na przygotowaniu nauczycieli (na pierwszym etapie to 64 godzin szkolenia) do pracy w indywidualnym kontakcie z uczniami.
- **Unplugged** – program dla uczniów w wieku 12–14 lat. 12 lekcji, które koncentrują się na umiejętnościach życiowych, przekonaniach normatywnych i wiedzy o substancjach psychoaktywnych. Są one prowadzone przez nauczyciela w klasie szkolnej i obejmują jedno spotkanie w tygodniu. Dodatkowo moduł dla rodziców.

Programy profilaktyki selektywnej/wskazującej

- **Bezpieczniej w dorosłość** (dawniej: Program Przeciwdziałania Młodzieżowej Patologii Społecznej) – program profilaktyki selektywnej adresowany do młodzieży w wieku 13–19 lat zagrożonej narkomanią i wykluczeniem społecznym.
- **FreD goes net** – program wczesnej interwencji adresowany do osób w wieku 15–21 lat używających narkotyków lub alkoholu w sposób okazjonalny.

-
- **Program Nauki Zachowania** – proces wprowadzania tego programu do szkoły składa się z czterech etapów:
 - szkolenie realizatorów prowadzone dla całych rad pedagogicznych lub dla grup zainteresowanych nauczycieli z różnych szkół. Trwa 10 godzin dydaktycznych i ma formę jednodniowego warsztatu,
 - trening nastawiony na rozwój umiejętności praktycznych przeznaczony dla wybranych nauczycieli. Czas trwania treningu 25–30 godzin dydaktycznych realizowanych w dwu-trzydniowym bloku warsztatowym,
 - konsultacje dla realizatorów w trakcie realizacji programu w szkole,
 - forum liderów – cykliczne spotkania szkoleniowe.
 - **Program wspomaganie rozwoju psychospołecznego dzieci nieśmiałych** – szkolny program profilaktyki selektywnej adresowany do dzieci nieśmiałych w wieku 10–11 lat, wspomagający ich rozwój psychospołeczny, realizowany w formie 15 dwugodzinnych zajęć warsztatowych w klasie szkolnej.
 - **Program wspomaganie rozwoju psychospołecznego dzieci nie lubianych** – program profilaktyki selektywnej przeznaczony dla dzieci w wieku 10–11 lat. Ma on na celu zmianę statusu społecznego dzieci nie lubianych poprzez rozwijanie ich zdolności decentracji poznawczej i samokontroli emocjonalnej oraz wzmacnianie ich poczucia własnej wartości. Program jest realizowany w formie zajęć warsztatowych dla dzieci w czasie 32 spotkań.
 - **Szkolna Interwencja Profilaktyczna** – program profilaktyki selektywnej skierowany do uczniów, ze wszystkich poziomów szkół, którzy sięgają po substancje psychoaktywne, realizowany w formie krótkiej interwencji podejmowanej przez nauczyciela i/lub pedagoga szkolnego.
 - **Środowiskowa Profilaktyka Uzależnień** – program profilaktyki selektywnej środowiskowej adresowany do osób w wieku 10–18 lat. W ramach programu prowadzone są długofalowe zajęcia realizowane w klubach środowiskowych, pojedynczych lub zorganizowanych w zespoły placówek oraz bezpośrednio w środowisku. Program realizowany jest w rocznych lub dwuletnich cyklach, jednak największą skuteczność uzyskuje się po minimum trzech latach pracy (chodzi o trwałe efekty w środowisku lokalnym).

