

Rekomendacje

do realizowania i finansowania
gminnych programów
profilaktyki i rozwiązywania problemów
alkoholowych w **2022** roku



Zespół redaktorów i recenzentów:
Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Projekt graficzny, skład i łamanie:
Piotr Szymanik

Korekta:
redaguje.pl Katarzyna Kulesza

Copyright © Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

ISBN 978-83-88075-58-2

Wydanie I
Warszawa 2021

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
02-326 Warszawa
Al. Jerozolimskie 155
faks: (48 22) 250 63 60
tel.: (48 22) 250 63 25, 250 63 26
e-mail: parpa@parpa.pl;
<http://www.parpa.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	18
ROZDZIAŁ III	
Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie.....	39
ROZDZIAŁ IV	
Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży	56
ROZDZIAŁ V	
Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych	86
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.....	91
ROZDZIAŁ VII	
Wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej	101
ROZDZIAŁ VIII	
Instytucja zobowiązania do leczenia odwykowego.....	106

ROZDZIAŁ IX

Kompetencje członków gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych120

ROZDZIAŁ X

Tryby realizacji zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.....124

ROZDZIAŁ XI

Opłata od sprzedaży napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych
o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml.....131

ROZDZIAŁ XII

Rekomendowane stawki finansowe137

Wykaz aktów prawnych.....142

WSTĘP

Szanowni Państwo!

Rok 2022 może skutkować istotnymi zmianami w zakresie realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Projekt ustawy o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw, znajdujący się na etapie prac sejmowych (druk sejmowy nr 1631 – <https://zpbas.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?nr=1631>), zmieniający również ustawę z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2021 r. poz. 1119), w ramach projektowanych zmian planuje wydłużenie czasu obowiązywania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, a także możliwość wspólnego przyjmowania gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych z programem przeciwdziałania narkomanii. Wspólne gminne programy w założeniu będą mogły być przyjmowane na okres nie dłuższy niż 4 lata.

Dodatkowo w zakresie art. 4¹ ust. 1 pkt 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, w ramach nowelizacji planuje się rozszerzyć działalność profilaktyczną i edukacyjną prowadzoną w ramach gminnych programów o obszar uzależnień behawioralnych. Natomiast z uwagi na fakt, że powyższe zmiany nie weszły jeszcze w życie, nie zostały one ujęte w przedkładanych Państwu rekomendacjach.

Wydane rekomendacje na rok 2022 postanowiliśmy natomiast wzbogacić o bardzo ważny element, kluczowy do tworzenia gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych – w pierwszym rozdziale omówione zostało konstruowanie lokalnych diagnoz w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Zdaniem Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych profesjonalna diagnoza powinna stanowić punkt wyjścia do przygotowywania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

Warto wspomnieć, że w 2021 roku wszedł w życie również Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025, który jest aktem wykonawczym do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1956). Precyzuje on zadania samorządów w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Również w roku 2021 weszła w życie zmiana ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, wprowadzająca opłaty od sprzedaży napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej na-

poju nieprzekraczającej 300 ml. Temu zagadnieniu został również poświęcony osobny rozdział w niniejszej publikacji.

Mamy nadzieję, że przekazany materiał będzie pomocny w realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Zespół Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych



ROZDZIAŁ I

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

1.1. Potrzeba lokalnej diagnozy

Zbieranie informacji na temat skali i rodzaju problemów związanych z alkoholem wynika z konieczności podejmowania działań w oparciu o analizę sytuacji i diagnozę potrzeb. Diagnoza wskazuje nie tylko rodzaje problemów, ale pozwala także określić zasoby i sprawdzić zapotrzebowanie na różnego typu działania, natomiast prowadzona systematycznie pozwala na monitorowanie problemów alkoholowych i staje się punktem wyjścia do ewaluacji. Dodatkową korzyścią z diagnozy jest dysponowanie argumentami na rzecz uzyskania poparcia lokalnych władz w zakresie wdrażania skutecznych strategii rozwiązywania problemów alkoholowych.

Mimo że problemy związane z alkoholem mają w pewnym sensie charakter uniwersalny, bo przecież w każdej gminie są osoby uzależnione od alkoholu i dzieci wychowujące się w takich rodzinach, w każdej szkole jest pewna grupa nastolatków sięgających po alkohol i sprzedawcy nieprzestrzegający prawa i każdy samorząd zajmuje się przemocą w rodzinie, to jednak natężenie tych problemów może w każdym samorządzie wyglądać nieco inaczej. Problemy alkoholowe są na tyle zróżnicowane pomiędzy społecznościami lokalnymi, że należy je rozpoznawać i monitorować, a rezultaty wykorzystywać w praktyce budowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Celem diagnozy jest więc uzyskanie możliwie pełnego rozeznania w zakresie rozmiarów poszczególnych problemów, zaś monitorowanie dodatkowo pozwala na uchwycenie dynamiki zjawisk i na udzielenie odpowiedzi, czy podjęte działania przyczyniły się do osiągnięcia zakładanych celów². Nawet jeśli diagnozą nie uda się objąć wszystkich aspektów lokalnego zjawiska, to i tak

¹ Rozdział 1 stanowi przedruk za zgodą Wydawcy z publikacji autorstwa Katarzyny Łukowskiej pt. „Rozwiązywanie problemów alkoholowych oraz ograniczanie dostępności alkoholu w gminach i miastach – przewodnik dla samorządowców” wyd. Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Warszawa 2018, s. 55–68.

² B. Bukowska, *Rola i zadania monitoringu*. W: Sierosławki J, Bukowska B., Jabłoński P., *Monitorowanie narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym*. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2007.

warto dane możliwe do uzyskania gromadzić i analizować, jednocześnie starając się, by w kolejnych latach doskonalić zakres zebranych informacji. Zwykle większość informacji do diagnozy pozyskujemy z instytucji, które gromadzą różne przydatne dla nas statystyki, jednak warto też, o ile nie jest to bardzo mała społeczność lokalna, w której zachowanie anonimowości nie będzie możliwe, przeprowadzić badania ilościowe np. na grupie młodzieży lub dorosłej populacji gminy.

Wydaje się, że argumentem na rzecz przeprowadzania lokalnych diagnoz jest również art. 12 ust. 7 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi³, który wymaga, aby maksymalna liczba zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, usytuowanie miejsc sprzedaży, podawania i spożywania napojów alkoholowych oraz godziny sprzedaży napojów alkoholowych uwzględniały postanowienia gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, a te powinny być uzasadnione rozpoznaniem lokalnych problemów oraz oceną, czy problemy te mają charakter nasilający się czy słabnący. W sytuacji, w której z diagnozy zawartej w gminnym programie wynika, że problemy alkoholowe narastają, np. zwiększa się odsetek młodzieży upijającej się albo wzrasta liczba osób zatrzymanych przez straż miejską/gminną w związku z zakłócaniem porządku publicznego pod wpływem alkoholu, są to dodatkowe argumenty, żeby zaostrzyć przepisy dotyczące ograniczania dostępności alkoholu albo żeby ich przynajmniej dalej nie liberalizować.

1.2. Kto przeprowadza diagnozę?

Do realizacji lokalnej diagnozy możemy zatrudnić ekspertów zewnętrznych, nawiązując współpracę np. z uniwersytetem czy agencją badawczą, albo możemy przeprowadzić diagnozę, opierając się na własnych zasobach i zaprosić do tego przedsięwzięcia wszystkie osoby/instytucje, które są włączone w obszar profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych na terenie gminy. Jednak nawet w tym drugim podejściu będziemy potrzebowali kogoś, kto ma pewne przygotowanie metodologiczne, potrafi analizować dane, zarządzał ich zbieraniem i będzie odpowiadał za jakość merytoryczną przygotowanego raportu. Przy samodzielnym opracowywaniu diagnozy potrzebni nam będą współpracownicy, czyli poszczególne instytucje, które w ramach swoich działań statutowych gromadzą interesujące nas dane, np. policja, OPS, punkt konsultacyjny. Pierwszym krokiem powinno być sporządzenie listy instytucji wraz z opisem, jakimi danymi dysponują, np. policja gromadzi dane na temat interwencji w sprawach przemocy domowej, uruchomionych procedur „Niebieskie Karty”, podejrzanych o popełnienie przestępstw w związku z alkoholem, wypadków drogowych z udziałem nietrzeźwych itp. Często kontakt z instytucjami ogranicza się do wysłania pism z prośbą o nadesłanie danych, jednak dużo lepszym rozwiązaniem jest zorganizowanie spotkania, na którym przedstawimy cele diagnozy, przedyskutujemy, czy oczekiwane przez nas dane są możliwe do pozyskania i jaka jest ich wartość dla diagnozy, przekonamy naszych współpracowników, że stanowią dla nas ważną grupę odbiorców wyników monitorowania. Z takiego spotkania wyjaśniającego nie rezygnujemy nawet wtedy, kiedy diagnozę prowadzi dla nas firma zewnętrzna.

³ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2021 r. poz. 1119), dalej jako: ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Osobiste kontakty z przedstawicielami interesujących nas podmiotów zwiększają szanse na ich prawdziwe zaangażowanie i stworzenie w gminie stałego systemu zbierania informacji.

Z kolei zlecając realizację badań na zewnątrz, warto postawić firmie badawczej konkretne pytania, na które chcemy uzyskać odpowiedzi, np. jak młodzież ocenia dostępność poszczególnych rodzajów napojów alkoholowych? Czy rodzice przyzwalają swoim dzieciom na picie poszczególnych rodzajów alkoholu? Należy też pamiętać, że firmy badawcze mogą nie mieć doświadczenia w budowie specjalistycznych kwestionariuszy np. dotyczących używania substancji psychoaktywnych przez młodzież czy innych zachowań ryzykownych, dlatego możliwym rozwiązaniem jest zlecenie przygotowania takiego kwestionariusza ekspertom zajmującym się badaniami naukowymi w tym obszarze (ewentualnie wymaganie tego od firmy zewnętrznej), a dopiero potem wyłonienie firmy, która zrealizuje takie badania na naszym terenie. Podobnie do etapu przygotowania wniosków i rekomendacji warto zaprosić profilaktyka, aby formułowane na podstawie wyników badań zalecenia oparte były na współczesnej wiedzy z zakresu profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży.

1.3. Wskaźniki

Poszczególne zjawiska obserwujemy za pomocą wskaźników. Czyli można w pewnym uproszczeniu powiedzieć, że monitorowanie to gromadzenie wskaźników, które informują nas o danym zjawisku problemowym⁴. Przykładowy wskaźnik to liczba interwencji policji w sprawach przemocy domowej. W badaniach społecznych wskaźnik jest definiowany jako „wybrana obserwacja, którą traktujemy jako odzwierciedlenie zmiennej, którą chcemy badać np. udział w nabożeństwie można traktować jako wskaźnik religijności”⁵. Takie pomiary stosowane są w różnych dziedzinach nauki, np. w ekonomii wskaźnikiem rozwoju gospodarczego kraju jest produkt krajowy brutto - PKB na jednego mieszkańca, a jednym ze wskaźników uzależnienia jest występowanie objawów abstynencyjnych. Zwykle, żeby zbadać jakieś zjawisko społeczne, potrzebujemy więcej wskaźników i tak jest też przy opisie problemów alkoholowych. Z jednej strony zależy nam na jak największej liczbie wskaźników, ponieważ pozwala to uchwycić możliwie dużo różnych problemów alkoholowych, ale z drugiej strony nasz projekt badawczy musi być możliwy do przeprowadzenia i uzyskanie dostępu do zbyt wielu wskaźników może się okazać zbyt trudne. Zwłaszcza gdy zaczynamy diagnozę, warto się skoncentrować nie na skomplikowanych wskaźnikach, ale wybrać te podstawowe, które pozwolą nam uchwycić najistotniejsze przejawy problemów alkoholowych.

Wskaźniki do monitorowania problemów alkoholowych możemy zbierać w sposób ciągły, corocznie, np. liczba założonych przez pomoc społeczną „Niebieskich Kart”, liczba pierwszorazowych

⁴ Wskaźniki są też wykorzystywane bezpośrednio w budowie gminnego programu; są wtedy miarami, po których poznajemy, że cel został osiągnięty (przykładowy wskaźnik: odsetek młodzieży sięgającej po alkohol), a działanie zostało wykonane (np. liczba udzielonych porad w punkcie konsultacyjnym). Więcej o tym w części dotyczącej gminnego programu.

⁵ E. Babbie, *Badania społeczne w praktyce*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 553.

pacjentów leczenia odwykowego. Zwykle są to dane pochodzące ze statystyk poszczególnych instytucji. Natomiast wskaźniki pochodzące z badań ankietowych będą miały charakter kilkuletni, ponieważ tego rodzaju badań (np. badania dotyczące skali używania alkoholu przez młodzież, wzorów spożywania alkoholu w dorosłej populacji itp.) nie przeprowadza się każdego roku, bo po pierwsze, byłoby to zbyt kosztowne, a po drugie, interesujące nas zjawiska badane przy pomocy ankiet zmieniają się zwykle w okresie 3–4 lat i po prostu nie ma sensu sprawdzać ich częściej. Dodatkowo ze względów etycznych nie jest wskazane zbyt częste prowadzenie badań wśród dzieci i młodzieży, unikamy wtedy tzw. nadmiernego ankietyzowania.

Duża część danych statystycznych do diagnozy będzie dosyć łatwo dostępna, ponieważ będzie pochodziła z dokumentacji instytucji, np. dane z policji, z pomocy społecznej, z placówek leczenia odwykowego. Jeżeli w gminie zasoby finansowe nie pozwalają na przeprowadzenie badań ankietowych, nie należy rezygnować z diagnozy i monitorowania, wtedy korzystamy z tych wszystkich miar, które są dostępne, a ich zgromadzenie i analiza nie wymaga dużych nakładów finansowych.

Sporządzenie pierwszej diagnozy może ujawnić braki w dostępie do danych lub inne słabe strony diagnozy. Może się okazać, że instytucje gromadzą dane w odmienny sposób, np. jedne placówki odwykowe dokonują podziału na kategorie wiekowe pacjentów, a inne tego nie robią, co uniemożliwia łączenie danych do analiz. Warto omówić wyniki diagnozy wśród wszystkich interesariuszy, ponieważ może to być okazja do wspólnego zastanowienia się, w jakim stopniu dane mogą zostać zbierane według tego samego schematu.

1.4. Obszary diagnozy i monitorowania

W ramach lokalnej diagnozy można gromadzić informacje w następujących obszarach:

1. Rozmiary problemów alkoholowych, w tym wzory spożywania alkoholu.
2. Dostępność napojów alkoholowych.
3. Zasoby w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych na poziomie lokalnym.
4. Postawy wobec problemów alkoholowych i polityki wobec alkoholu.

Ad. 1.

Przykładem informacji, które mogą być zebrane w ramach diagnozy problemów alkoholowych są:

- **Rozpowszechnienie picia alkoholu przez młodzież.**

Standardowym przedmiotem pomiaru jest picie alkoholu i upijanie się w przedziałach czasowych – kiedykolwiek, w czasie 12 miesięcy przed badaniem i w czasie ostatnich 30 dni. Badania młodzieży szkolnej zwykle obejmują również takie kwestie, jak: ocena dostępności poszczególnych rodzajów napojów alkoholowych, dokonywanie zakupów, ilość spożywanego alkoholu, oczekiwania wobec alkoholu, uczestnictwo w programach profilaktycznych i ich ocena itp. W badaniach młodzieży szkolnej warto ująć tematykę używania wszystkich substancji psychoaktywnych, a nie tylko alkoholu.

Przykładowymi wskaźnikami ilustrującymi problem używania alkoholu przez młodzież będą:

- odsetek młodzieży pijącej piwo/wino/wódkę w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem,
- odsetek młodzieży, która upiła się w czasie ostatnich 12 miesięcy,
- średnia ilość alkoholu wypijana przy jednej okazji,
- częstotliwość picia piwa/wina/wódki.

Dane należy analizować zarówno w podziałach na klasy, jak i osobno dla dziewcząt i chłopców.

● **Rozpowszechnienie i wzory konsumpcji alkoholu w populacji dorosłych.**

Jeśli nie prowadzimy tego rodzaju badań w gminie, możemy dokonać pewnego pośredniego oszacowania na podstawie badań ogólnopolskich. Z ostatnich takich badań⁶ wynika, że 11,9% mieszkańców Polski w wieku produkcyjnym, czyli między 18. a 64. rokiem życia, należy do grona nadużywających alkoholu⁷, natomiast 2,4% w tym przedziale wiekowym spełnia kryteria diagnostyczne uzależnienia. Przeniesienie tych wyników na populację całej Polski daje nam ok. 2,5 mln nadużywających i ponad 600 tys. uzależnionych. Podobnie można dokonać szacunkowych wyliczeń, znając liczbę mieszkańców swojego miasta w wieku produkcyjnym. Owszem, nie jest to diagnoza danej społeczności, ale często w małych gminach nie ma wystarczających środków na tego rodzaju badania ankietowe i lepsze są takie szacunki niż zupełny brak informacji albo pokazanie tylko skali ogólnopolskiej.

● **Konsekwencje zdrowotne i społeczne związane z alkoholem, w tym uzależnienie.**

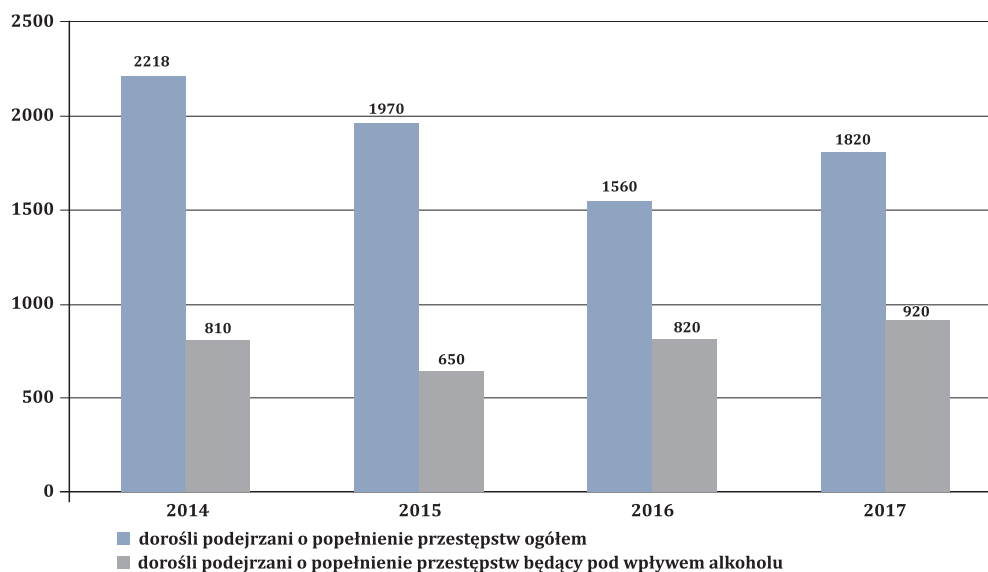
Przydatnymi wskaźnikami będą np.:

- liczba pacjentów placówek leczenia odwykowego z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu, picia szkodliwego oraz innych zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu (kategoria F10 w ICD-10), w tym pacjentów pierwszorazowych oraz ich charakterystyka (wiek, wykształcenie). Dostęp do tych informacji nie oznacza dostępu do danych wrażliwych, a więc chronionych. Placówki udostępniają dane w ujęciu statystycznym, a nie jednostkowym.
- Interwencje pogotowia ratunkowego wobec nietrzeźwych pacjentów (w tym nieletnich).
- Liczba osób przyjętych do szpitala z powodu zatrucia alkoholowego.
- Liczba interwencji straży miejskiej dotyczących spożywania alkoholu w miejscach, w których jest to zabronione.
- Liczba rodzin korzystających z pomocy OPS z powodu uzależnienia lub nadużywania alkoholu przez co najmniej jednego z członków rodziny.
- Wielkość środków finansowych przeznaczonych przez OPS średnio na jedną rodzinę z problemem alkoholowym.

⁶ J. Moskalewicz, A. Kiejna, B. Wojtyniak (red.), *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.

⁷ Nadużywanie było diagnozowane, jeśli potwierdzono, że picie alkoholu spowodowało jakieś szkody somatyczne lub psychologiczne z listy opracowanej na podstawie badania.

- Liczba osób, z którymi gminna komisja przeprowadziła rozmowy interwencyjno-motywuujące w związku z nadużywaniem alkoholu.
- Liczba osób, wobec których gminna komisja wystąpiła z wnioskiem do sądu o zobowiązanie do leczenia odwykowego.
- Liczba interwencji domowych przeprowadzonych przez policję ogółem i w związku z alkoholem.
- Liczba wypełnionych „Niebieskich Kart” przez każdą z instytucji zobowiązanych do wszczęcia tej procedury.
- Liczba podejrzanych sprawców przemocy domowej znajdujących się pod wpływem alkoholu.
- Liczba osób, z którymi spotykała się grupa robocza.
- Liczba klientów izb wytrzeźwień ogółem i pierwszorazowych.
- Liczba osób zatrzymanych przez policję w związku z podejrzeniem popełnienia przestępstwa/ wykroczenia ogółem i znajdujących się pod wpływem alkoholu.



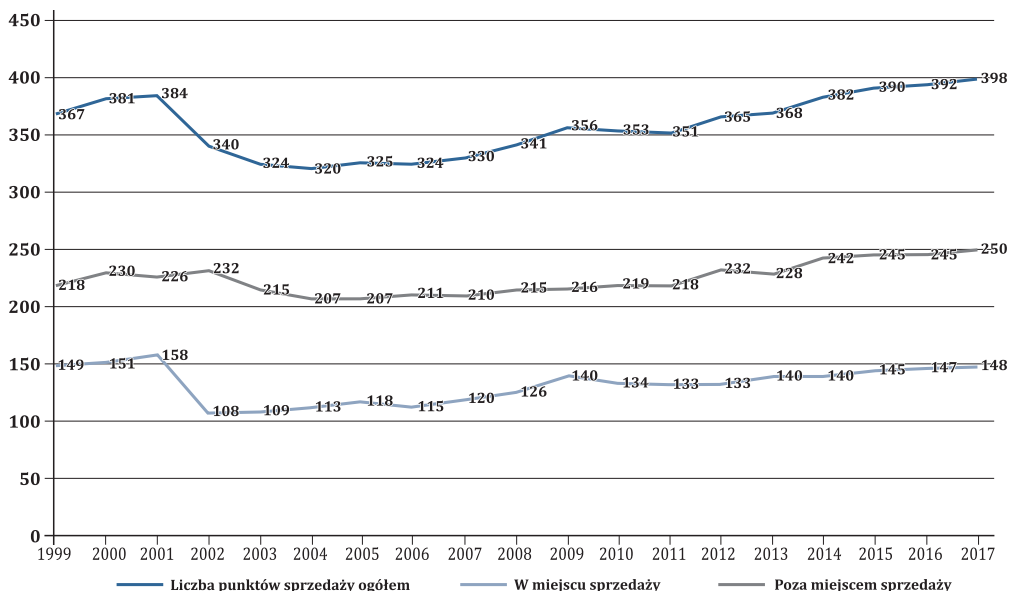
Wykres 1. Przykład monitorowania liczby osób dorosłych podejrzanych o popełnienie przestępstw ogółem i w związku z alkoholem.

Ad. 2

Opis dostępności napojów alkoholowych będzie zawierał dane na temat lokalnego rynku alkoholowego, ale może także uwzględniać dostępność alkoholu z punktu widzenia młodzieży, np. sposoby zdobywania alkoholu, zakup napojów alkoholowych itp.

- **Liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych ogółem, do spożycia w miejscu sprzedaży i poza miejscem sprzedaży oraz w podziale na poszczególne kategorie zezwoleń.**

Poniżej przykład danych zbieranych w obszarze rynku alkoholowego na przestrzeni kilkunastu lat. Z wykresu tego wyraźnie widać, że w gminie X na przestrzeni obserwowanych lat najbardziej dynamicznie wzrasta dostępność najmocniejszych napojów alkoholowych, co należy uznać za zjawisko niekorzystne i sprzeczne z założeniami ustawy.



Wykres 2. Przykład diagnozy w zakresie trendów w liczbie punktów sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży w podziale na poszczególne kategorie zezwoleń.

Przykład diagnozy w zakresie trendów w liczbie punktów sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży w podziale na poszczególne kategorie zezwoleń.

- Liczba zezwoleń na sprzedaż poszczególnych rodzajów napojów alkoholowych osobno do spożycia w miejscu i poza miejscem sprzedaży.
- Liczba punktów sprzedaży przypadających na jednego mieszkańca.
- Liczba cofniętych zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych oraz ich przyczyny.
- Liczba kontroli przeprowadzonych przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych w zakresie przestrzegania zasad i warunków korzystania z zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych.

Ad. 3

Wskaźniki w tym obszarze powinny zmierzać do zebrania następujących przykładowych informacji:

- Realizowane rekomendowane programy profilaktyczne (ich liczba, rodzaj, liczba uczniów biorących w nich udział, rodziców, nauczycieli, poniesione wydatki).
- Realizowane pozostałe programy profilaktyczne (ich liczba, rodzaj, liczba uczniów biorących w nich udział, rodziców, nauczycieli, poniesione wydatki).
- Liczba klientów punktów konsultacyjnych oraz ich charakterystyka (ten wskaźnik będzie nas też informował o skali problemów związanych z alkoholem).

W przypadku punktów konsultacyjnych należy gromadzić informacje na temat liczby osób uzależnionych korzystających z pomocy, członków ich rodzin, a także, jeśli punkt udziela takich porad, to także osób doświadczających przemocy i stosujących przemoc.

- Liczba dzieci uczęszczających do świetlic socjoterapeutycznych i opiekuńczo-wychowawczych.
- Oferta lecznictwa odwykowego (jakie programy, kwalifikacje kadry, godziny otwarcia itp.).
- Środki finansowe przeznaczone na poszczególne zadania gminnego programu.
- Liczba organizacji pozarządowych zaangażowanych w rozwiązywanie problemów alkoholowych.
- Zasoby ludzkie (liczba, kwalifikacje np. liczba nauczycieli przeszkolonych w zakresie realizacji rekomendowanych programów profilaktycznych, liczba policjantów przeszkolonych w zakresie realizacji procedury „Niebieskie Karty”).
- Liczba zorganizowanych szkoleń/konferencji oraz liczba uczestników.

Ad. 4

Wskaźniki możliwe do wykorzystania w tym obszarze to:

- Wiedza i stereotypy na temat alkoholu i uzależnienia.
- Przyzwolenie dorosłych na używanie alkoholu przez osoby niepełnoletnie.
- Postawy wobec osób uzależnionych/dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.
- Reakcje społeczne i gotowość do interwencji np. w przypadku przemocy w rodzinie/bicia dzieci, sprzedaży alkoholu nieletnim.
- Poziom akceptacji dla poszczególnych strategii stosowanych w gminnym programie.
- Ocena i widoczność działań podejmowanych w gminie na rzecz rozwiązywania problemów alkoholowych, w tym znajomość dostępnych miejsc pomocy.
- Oczekiwania wobec gminy w zakresie polityki wobec alkoholu, np. czy zmniejszyć liczbę punktów sprzedaży, zmienić zasady usytuowania punktów sprzedaży itp.
- Ocena ważności problemów alkoholowych na tle innych problemów społecznych.
- Poziom wiedzy o dostępnych formach i miejscach pomocy z zakresu problemów alkoholowych i przemocy.

Tam, gdzie jest to możliwe (a jest to możliwe w przypadku większości informacji o charakterze sprawozdawczym, gromadzonych rutynowo przez instytucje), starajmy się przedstawiać dane w przedziale czasowym przynajmniej 3–4 lat. Pozwoli to na obserwację trendów i wnioskowanie o kierunku zmian. Wnioski należy wyciągać z rozważą np. wzrost liczby klientów punktów konsultacyjnych nie musi wynikać ze wzrostu populacji osób uzależnionych, może być efektem kampanii informacyjnej promującej działalność punktu. Podobnie spadek liczby „Niebieskich Kart” uruchamianych przez policję nie musi być dowodem na zmniejszenie się skali przemocy, może być konsekwencją niekorzystnej zmiany polityki szefa policji, który zmodyfikował nadawany wcześniej priorytet interwencjom w sprawach przemocy domowej.

1.5. Źródła danych i metody ich zbierania

Pierwszy krok to opracowanie tzw. mapy informacyjnej, czyli zrobienie listy wszystkich możliwych źródeł, z których możemy pozyskać informacje (dane) na temat poszczególnych problemów alkoholowych.

Poniżej możliwe źródła pozyskania danych:

- urząd gminy,
- gminna komisja,
- policja,
- pomoc społeczna,
- straż gminna,
- ochrona zdrowia (placówki odwykowe, pogotowie ratunkowe, szpitale psychiatryczne),
- organizacje pozarządowe (zwłaszcza jeśli prowadzą działania w ramach gminnego programu),
- szkoły (nauczyciele, uczniowie, rodzice),
- sprzedawcy napojów alkoholowych,
- punkty konsultacyjne,
- ośrodki interwencji kryzysowej.

1.6. Metody zbierania danych

Metody ilościowe opisują badane zjawisko przy pomocy liczb i należą do nich badania ankietowe (wśród np. mieszkańców gminy, młodzieży), analizy danych statystycznych (np. z dokumentacji instytucji), obserwacje terenowe, w których dane rejestrujemy przy pomocy formularza obserwacji (np. obserwujemy zachowania klientów w sklepie i notujemy liczbę osób, które podjęły interwencje w sytuacji, w której sprzedawca zamierzał sprzedać alkohol osobie wyglądającej na niepełnoletnią). Metody ilościowe dobrze nadają się do mierzenia wzorów spożycia alkoholu w populacji, zjawiska picia alkoholu przez młodzież, postaw, opinii, przedstawiania danych liczbowych ze sprawozdań poszczególnych instytucji itp. Przy badaniach ilościowych należy pamiętać, że

tylko reprezentatywny dobór próby pozwala odnosić wyniki na całą populację gminy. Poza tym, żeby dokonać porównań danych pochodzących z badań ankietowych, należy przeprowadzać je według tej samej metodologii, i przy użyciu tego samego kwestionariusza, a w przypadku młodzieży również w tym samym czasie (jeśli raz badania prowadzimy w danej klasie we wrześniu, a kolejna edycja jest realizowana, to nasi respondenci są 7-8 miesięcy starsi, co w przypadku nastolatków ma duże znaczenie). Podczas konstrukcji nowego narzędzia badawczego zawsze należy przeprowadzić pilotaż; pozwoli to nam upewnić się, czy pytania są zrozumiałe.

Metody jakościowe pozwalają na pogłębiony opis rzeczywistości i poszukiwanie jakichś wspólnych cech oraz przyczyn. Można np. pogłębić wnioski z badań ilościowych dodatkowymi rozmowami. Wyniki te nie są reprezentatywne (nie można ich odnosić do całej populacji), ale pozwalają na uzyskanie informacji niemożliwych do pozyskania drogą ankiety. Należą do nich indywidualne lub grupowe wywiady (z młodzieżą, z rodzicami, nauczycielami czy reprezentantami poszczególnych instytucji). Wywiad to po prostu rozmowa. Może ona być bardziej lub mniej ustrukturalizowana, ale zawsze muszą być wskazane przynajmniej dyspozycje do wywiadu. Metody jakościowe są bardziej adekwatne do wykorzystania w mniejszych społecznościach lokalnych, w których badania ankietowe nie zapewniłyby wystarczającej anonimowości, bo np. znajduje się tylko jedna druga klasa szkoły gimnazjalnej i byłoby oczywiste, że uzyskane wyniki ankietowe dotyczą tej konkretnej grupy.

Metody jakościowe najczęściej stosowane to wywiady indywidualne oraz wywiady grupowe. Te drugie zwykle liczą od 6 do 12 osób. Wywiady grupowe mogą być pomocne na etapie budowy gminnego programu lub na etapie formułowania wniosków z lokalnej diagnozy. Taka grupa focusowa może objąć przedstawicieli instytucji zaangażowanych w rozwiązywanie problemów alkoholowych, którzy mając różne doświadczenie i różne perspektywy pracy, mogą wnieść wartościowe obserwacje, postulaty i wnioski.

1.7. Publikacja wyników monitoringu

Po opracowaniu wstępnej wersji raportu powinniśmy spotkać się z przedstawicielami instytucji, od których dane pozyskiwaliśmy oraz innymi osobami, które z racji wykonywanych funkcji czy zawodów mają do czynienia z problemami alkoholowymi, aby przedyskutować z nimi wnioski i rekomendacje. Włączanie tego grona w prace nad wnioskami jest szczególnie istotne wtedy, gdy badanie jest przeprowadzane przez ekspertów zewnętrznych, którzy nie znają specyfiki środowiska lokalnego. Sama byłam kiedyś świadkiem sytuacji, w której z danych policji wynikało, że spada liczba interwencji domowych w sprawach przemocy w rodzinie, podczas gdy informacje uzyskane z innych miejsc (OPS, badania ankietowe, gminna komisja) nie potwierdzały zmniejszającej się skali zjawiska. Dopiero wspólna i wnikliwa dyskusja między badaczami a lokalnymi przedstawicielami pokazała, że przyczyną zmniejszającej się liczby interwencji policyjnych oraz zakładanych „Niebieskich Kart” jest zmiana na stanowisku komendanta i jego niewłaściwa polityka wobec interwencji dotyczących przemocy w rodzinie. Rzecz jasna taka diagnoza zmoty-

wowała pełnomocnika ds. problemów alkoholowych do osobistego spotkania z komendantem. Jest to przykład bardzo praktycznego wykorzystania informacji uzyskanych z lokalnej diagnozy.

Ostatecznie wyniki diagnozy powinny zostać przekazane wójtom/burmistrzom, a także radnym. Jeśli raport jest obszerny, warto przygotować wersję skróconą, zawierającą najważniejsze wnioski i rekomendacje. Podobnie elementem gminnego programu powinny być najważniejsze wnioski z diagnozy, jako uzasadnienie podejmowanych działań. Warto starać się o prezentację wyników diagnozy na sesji rady gminy, a także przygotować informację prasową dla lokalnych dziennikarzy. Upowszechniając wyniki, należy wybrać najistotniejsze informacje i nie podawać za wiele szczegółów, ponieważ będzie to zbyt duże przeciążenie dla odbiorców, którzy w rezultacie niewiele zapamiętają.

1.8. Kwestie etyczne

Prowadząc jakiegokolwiek badania, należy przestrzegać podstawowej zasady - badania nie mogą szkodzić osobom badanym, a wszelki dyskomfort psychiczny należy minimalizować. Niezależnie od tego, kto prowadzi badania i czego one dotyczą, zawsze trzeba uzyskać świadomą zgodę osoby badanej. Zasada ta dotyczy także dzieci i młodzieży, a w ich przypadku zgodę musi wyrazić także rodzic/opiekun prawny. Zawsze należy jasno przedstawić cel badania i wskazać osoby odpowiedzialne za ich realizację. W przypadku badań młodzieży szkolnej niedopuszczalne jest analizowanie wyników w odniesieniu do konkretnej klasy, a także porównywanie wyników między szkołami/klasami. Dobrym przykładem troski o etyczną stronę badań i anonimowość jest projekt ESPAD. Badania są prowadzone przez osoby spoza szkoły, a wypełnione ankiety uczniowie wkładają w koperty, które zakleją i oddają realizatorowi.

ROZDZIAŁ II

ZWIĘKSZANIE DOSTĘPNOŚCI POMOCY TERAPEUTYCZNEJ I REHABILITACYJNEJ DLA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

2.1. Wspieranie placówek leczenia uzależnienia od alkoholu

Rosnący poziom finansowania świadczeń zdrowotnych w obszarze leczenia uzależnienia przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie zabezpiecza realnego popytu na te świadczenia. Sytuacja taka skutkuje:

- ograniczeniem dostępności świadczeń (długi okres oczekiwania na wejście do programu leczenia w poradni lub na miejsce na oddziale, krótki czas pracy poradni, mała intensywność świadczeń terapeutycznych);
- zmniejszonym zatrudnieniem specjalistów;
- ograniczeniem kompleksowości opieki terapeutycznej (realizacja głównie podstawowego programu terapii uzależnienia od alkoholu i brak albo zaledwie fragmenty programu ponadpodstawowego, utrwalającego zmianę czy programu dalszego zdrowienia – terapii pogłębionej);
- niższą jakością leczenia (poradnictwo zamiast programów psychoterapii uzależnienia od alkoholu, brak indywidualizacji ofert terapeutycznych, w kadrze mało lub brak osób posiadających certyfikaty specjalisty psychoterapii uzależnień).

Wysokość środków przekazywanych przez NFZ na leczenie osób uzależnionych nie jest adekwatna do rosnących kosztów leczenia. Zatem, jeśli na terenie gminy działa placówka leczenia uzależnienia od alkoholu, zadaniem samorządu terytorialnego jest udzielenie jej takiego wsparcia, które zapewni realizację efektywnych programów psychoterapii uzależnienia i współuzależnienia. Jeżeli zaś na terenie gminy nie ma tego typu placówki, samorząd terytorialny powinien zapewnić dostęp mieszkańcom do świadczeń najbliższej z nich i sprawdzić, jakiego typu działania wspierające 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 społecznej⁸, 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.

Trzeba pamiętać, że realizacja zadań własnych gminy, wynikających z art. 4¹ ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, **nie powinna mieć charakteru pomocy materialnej dla osób indywidualnych**.

- **Przekazywanie środków publicznych podmiotom prowadzącym działalność leczniczą przez jednostki samorządu terytorialnego**

Art. 21 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi zawęży krąg podmiotów, które mogą prowadzić leczenie odwykowe jedynie do podmiotów leczniczych. Oznacza to, że zgodne z prawem będzie przekazywanie środków publicznych jedynie wyżej wymienionym podmiotom, nie zaś na przykład osobom prowadzącym pielęgniarскую 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 leczniczej⁹ podmiotami leczniczymi są: przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 roku – Prawo przedsiębiorców¹⁰ 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;

⁸ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2020 r. poz. 1876, ze zm.), dalej jako: ustawa o pomocy społecznej.

⁹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.), dalej jako: ustawa o działalności leczniczej.

¹⁰ Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2021 r. poz. 162), dalej jako: Prawo przedsiębiorców.

-
- 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 publicznych¹¹.

- **Przekazywanie środków publicznych podmiotom prowadzącym działalność leczniczą na podstawie przepisów ustawy 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 środków 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.

¹¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. 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.

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 poprawy 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 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 ulegnie zmianie. Ustawa z dnia 20 maja 2021 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹² 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

¹² Ustawa z dnia 20 maja 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1292).

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 uzależnienia od alkoholu wyznacza rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień¹³. 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

¹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. 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.

Narodowego Funduszu Zdrowia o zawarciu takiej umowy z jednostką samorządu terytorialnego oraz obowiązek przekazywania kopii dokumentacji rozliczeniowej prowadzonej z tą jednostką.

Co roku ze środków gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych samorządy wydatkują środki na sfinansowanie dodatkowych etatów terapeutycznych w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych stoi na stanowisku, że osoba zatrudniona w podmiocie leczniczym za pieniądze pochodzące z dotacji gminy nie powinna wykonywać świadczeń zakontraktowanych z NFZ, bowiem stwarza to zagrożenie sytuacją podwójnego finansowania tych samych świadczeń. PARPA 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 w placówkach leczenia uzależnień od alkoholu

Programy psychoterapii uzależnienia od alkoholu

Badania dowodzą, że skuteczność leczenia uzależnienia od alkoholu zależy w dużym stopniu od nieprzerwanego zaangażowania pacjentów w trwające do 24 miesięcy programy terapeutyczne. Nie tylko czas trwania, ale przede wszystkim obszary pracy terapeutycznej decydują o kompleksowości i ciągłości opieki. Najczęściej na całość leczenia 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 bez alkoholu;
- programy ponadpodstawowe: utrwalający 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 alkoholu z emocjami, relacjami, zadaniami życiowymi oraz rozwój osobisty.

Łączny czas, niezbędny do przeprowadzenia skutecznej terapii uzależnienia od alkoholu, to 18–24 miesiące.

Zespół doradców ds. leczenia odwykowego dyrektora PARPA opracował w latach 2016–2017 propozycję schematu i opisu programów terapii zaburzeń związanych z używaniem alkoholu w polskich placówkach leczenia uzależnień. Opisy programów znajdują się na stronie www.parpa.pl w zakładce „Lecznictwo odwykowe”.

Kierownicy placówek leczenia uzależnienia i przedstawiciele samorządu terytorialnego powinni dążyć do sytuacji, w której placówki leczenia uzależnienia od alkoholu 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 województw organizują wojewódzkie ośrodki terapii uzależnienia i współuzależnienia, zwane WOTUW-ami, które, poza leczeniem pacjentów, mają dodatkowe zadania, między innymi – ocenę jakości świadczeń w zakresie 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 leczenia odwykowego. Lista WOTUW-ów znajduje się na stronie internetowej: www.parpa.pl w zakładce „Lecznictwo odwykowe”.

Poziom finansowania przez NFZ świadczeń w zakresie leczenia uzależnień zabezpiecza najczęściej realizację tylko podstawowego programu psychoterapii uzależnienia lub tylko część świadczeń w ramach programu podstawowego. Rekomenduje się zakup ponadpodstawowego programu terapii uzależnienia lub elementów brakujących programu podstawowego, ponadpodstawowego i pogłębionego, tak aby pacjenci otrzymali pełną, kompleksową, a nie tylko podstawową ofertę leczenia.

Indywidualna psychoterapia osób uzależnionych

Badania potwierdzają, że skuteczność psychoterapii zależy nie tylko od realizowanych programów, stosowanych metod, technik i strategii, ale także od stopnia indywidualizacji oferty terapeutycznej. Bardzo ważne jest, aby w leczeniu, poza terapią grupową, zagwarantować pacjentom systematyczne sesje psychoterapii indywidualnej. Rekomendowanym standardem są cotygodniowe spotkania pacjentów z terapeutami prowadzącymi ich leczenie. Realizacja tego standardu wymaga jednak zatrudnienia odpowiedniej liczby specjalistów psychoterapii uzależnień, co często uniemożliwia zbyt niska wysokość środków finansowych w ramach kontraktów z NFZ. Zakup indywidualnych sesji psychoterapeutycznych, celem zwiększenia ich liczby w programie, może w istotny sposób poprawić efekty leczenia osób uzależnionych.

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 poszerzenie 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 ograniczanie spożywania alkoholu przez pacjentów. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, wraz z Zespołem doradców dyrektora PARPA ds. leczenia odwykowego, opracowała rekomendacje do tworzenia i realizowania programów ograniczania picia alkoholu w placówkach leczenia uzależnień oraz propozycję programu szkolenia dla realizatorów tej oferty. Można się z nimi zapoznać na stronie internetowej www.parpa.pl w zakładce „Lecznictwo odwykowe”.

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, uwzględnienia w programie faktu używania różnych substancji psychoaktywnych, specyfiki wieku rozwojowego, konstruktywnego zagospodarowania wolnego czasu, 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 dłuższe i droższe, a ponieważ NFZ nie różnicuje znacząco kosztów leczenia osób dorosłych i niepełnoletnich, warto zakupić takie programy lub przynajmniej specyficzne dla nich elementy, np. pracę z rodzicami lub z całym rodzinami.

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

W rodzinach z problemem alkoholowym nierzadko dochodzi do przemocy. Dlatego niezwykle istotne jest, aby w placówkach leczenia uzależnień była prowadzona wstępna diagnoza zjawiska przemocy domowej u każdego nowego pacjenta. Niektóre placówki mają w swojej ofercie programy terapii dla osób doświadczających przemocy domowej oraz programy terapii dla osób stosujących przemoc. 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

Programy redukcji szkód to oddziaływania indywidualne i/lub grupowe, których celem jest ograniczenie szkód zdrowotnych, psychologicznych i społecznych, wynikających ze spożywania alkoholu oraz poprawa funkcjonowania psychospołecznego klientów. Bezpośrednim celem programów nie jest zatem abstynencja ani ograniczenie konsumpcji alkoholu, 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 bytowych.

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 w poradniach we współpracy z placówkami pomocy społecznej 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.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, wraz z Zespołem doradców dyrektora PARPA ds. leczenia odwykowego, opracowała zalecenia do tworzenia i realizowania programów redukcji szkód w placówkach leczenia uzależnień. Można się z nimi zapoznać na stronie internetowej www.parpa.pl w zakładce „Lecznictwo odwykowe”.

Oferta pomocy dla osób niesłyszących pijących problemowo

Osoby niesłyszące uzależnione od alkoholu lub pijące szkodliwie nie mają w Polsce możliwości skorzystania z oferty pomocy terapeutycznej. 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 PARPA podejmuje działania umożliwiające osobom niesłyszącym dostęp do wsparcia w zakresie zmiany szkodliwych zachowań związanych z używaniem alkoholu. Agencja wspiera funkcjonowanie strony internetowej www.pa-nieslyszaicy.info, na której można znaleźć informacje w języku migowym na temat problemów alkoholowych i aktualną ofertę pomocy dla osób głuchych z problemami alkoholowymi.

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.

2.1.2. Rekomendowane przez PARPA formy dofinansowania placówek leczenia uzależnienia od alkoholu 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 uzależnienia od alkoholu. 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.

Obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia kładzie coraz większy nacisk na posiadanie przez terapeutów certyfikatów specjalisty lub instruktora terapii uzależnień. Liczba pracowników placów-

ki posiadających certyfikaty oraz stopień zaawansowania terapeutów w procesie kształcenia umożliwia realizowanie poszczególnych świadczeń i ich zakup przez NFZ.

Szkolenia w zakresie uzyskania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii 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 i współuzależnionymi w pogłębionych programach psychoterapii (programach dalszego zdrowienia).

Instruktor terapii uzależnień nie prowadzi psychoterapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, 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 PARPA lub dyrektora KBPN.
- Instruktor terapii uzależnień to osoba, która posiada certyfikat instruktora terapii uzależnień nadany przez dyrektora PARPA lub dyrektora KBPN.
- Osoba w trakcie zdobywania kwalifikacji specjalisty psychoterapii uzależnień posiada zaświadczenie wydane przez dyrektora PARPA lub dyrektora KBPN potwierdzające status osoby uczestniczącej w programie szkolenia prowadzącym do uzyskania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień.
- Osoba w trakcie zdobywania certyfikatu instruktora terapii uzależnień posiada zaświadczenie wydane przez dyrektora PARPA lub dyrektora KBPN 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 zobowiązani są nadzorować certyfikowani specjaliści psychoterapii uzależnień.

Program szkolenia przez PARPA składa się z następujących etapów:

Etap pierwszy: akredytowane przez PARPA szkolenie w zakresie podstawowych umiejętności udzielania profesjonalnej pomocy psychologicznej, nowoczesnych metod diagnozowania oraz terapii uzależnienia i psychoterapii członków rodzin, w wymiarze nie mniejszym niż 650 godzin zajęć dydaktycznych. Obejmuje naukę podstawowych umiejętności inter- oraz intrapersonalnych, a także umiejętności pomagania osobom uzależnionym i ich bliskim w kontakcie indywidualnym i grupowym. Analogiczne szkolenia prowadzone są również w ramach akredytacji udzielanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Etap drugi: staż kliniczny w akredytowanych przez PARPA placówkach terapii uzależnień, w wymiarze nie mniejszym niż 80 godzin roboczych. Staż jest sprawdzianem praktycznych umiejętności i możliwości prowadzenia psychoterapii uzależnienia i zaburzeń życia rodzinnego wynikających z picia osoby bliskiej, zwłaszcza umiejętności prowadzenia sesji psychoterapii grupowej. Staże prowadzone są również w ramach programu szkolenia prowadzonego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Etap trzeci: superwizja kliniczna pod kierunkiem osoby uprawnionej do prowadzenia takiej superwizji w ramach programu szkolenia, w wymiarze nie mniejszym niż 70 godzin dydaktycznych. Superwizje szkoleniowe prowadzone są również w ramach programu szkolenia akredytowanego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Zakończeniem programu szkolenia jest egzamin certyfikacyjny. PARPA przeprowadza egzaminy certyfikacyjne dla osób które ukończyły szkolenia akredytowane przez Agencję. Egzaminy certyfikacyjne przeprowadza również Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii dla osób które ukończyły szkolenia akredytowane przez Biuro.

31 grudnia 2018 roku weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 roku w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu, które wprowadziło zmiany w programie szkolenia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień oraz szkolenia w zakresie instruktora terapii uzależnień prowadzonego przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA). Zgodnie z obowiązującymi regulacjami:

- Osoby, które uzyskały certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień przed dniem 31 grudnia 2018 roku, zachowują wszystkie nabyte prawa. Ich certyfikaty pozostają ważne.
- Osoby, które rozpoczęły szkolenie w ścieżce PARPA przed dniem 31 grudnia 2018 roku – mogą je kontynuować. Osoby, które ukończyły już z wynikiem pozytywnym szkolenie w zakresie

podstawowych umiejętności udzielania pomocy psychologicznej oraz nowoczesnych metod diagnozowania i terapii uzależnienia i psychoterapii członków rodzin, mogą na dotychczasowych zasadach realizować staż kliniczny (do 31 grudnia 2023 roku) i superwizję kliniczną (do połowy 2024 roku). Mogą też przystępować do egzaminu organizowanego przez PARPA (do 31 grudnia 2024 roku), o ile ukończyły z wynikiem pozytywnym wszystkie etapy szkolenia. Staż kliniczny i superwizję można realizować bez ważnego zaświadczenia o potwierdzeniu statusu osoby będącej w trakcie szkolenia. Do egzaminu można przystąpić również bez ww. zaświadczenia.

- Począwszy od 1 stycznia 2019 roku szkolenie w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień **można rozpocząć wyłącznie w ścieżce szkolenia prowadzonej przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN)**.

2.1.3. Inne rekomendowane przez PARPA formy dofinansowania placówek leczenia uzależnienia od alkoholu

Dofinansowanie doskonalenia zawodowego pracowników lecznictwa odwykowego

Poza udziałem w obligatoryjnych szkoleniach prowadzących do uzyskania certyfikatów, terapeuci uzależnień, psycholodzy oraz lekarze powinni uczestniczyć w konferencjach, szkoleniach, treningach, warsztatach doskonalących ich umiejętności zawodowe. Jest to szczególnie ważne wobec dynamicznie rozwijającej się wiedzy w obszarze leczenia uzależnień oraz rosnących wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia. Agencja rekomenduje dofinansowanie przez samorząd terytorialny doskonalenia zawodowego pracowników placówek leczenia uzależnienia, jak również udziału w poszczególnych etapach obowiązkowego szkolenia certyfikacyjnego, jakimi są opisany wyżej staż kliniczny oraz superwizja do celów szkoleniowych.

Finansowanie superwizji klinicznej pracowników placówek leczenia uzależnienia od alkoholu

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 (PARPA), jak również superwizorzy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Superwizorzy PTP-ów mogą być szczególnie przydatni do superwizowania pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi w ponadpodstawowym programie terapii, pracy z członkami rodzin osób uzależnionych oraz osobami uzależnionymi ze współwystępującymi innymi zaburzeniami psychicznymi.

Superwizowanie pracy terapeutów w placówce jest najlepszą formą doskonalenia zawodowego oraz przeciwdziałania niewłaściwym praktykom klinicznym i naruszeniom zasad etyki zawodowej terapeutów. Rekomenduje się finansowanie superwizji pracy specjalistów i instruktorów terapii uzależnień oraz osób pozostających w programie szkolenia.

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. Aby uzyskać pomoc w znalezieniu konsultanta, należy skontaktować się z wojewódzkim ośrodkiem terapii uzależnienia i współuzależnienia w swoim województwie bądź z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Konsultant powinien posiadać następujące kwalifikacje:

- certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień;
- doświadczenie na stanowisku kierowniczym w placówce terapii uzależnienia od alkoholu;
- doświadczenie w udzielaniu konsultacji placówkom terapii uzależnienia od alkoholu.

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. Pomieszczenia powinny spełniać normy określone ogólnymi przepisami dla podmiotów udzielających świadczeń leczniczych. 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 niepełnosprawnych fizycznie.

Doposażenie placówek lecznictwa odwykowego

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 NFZ oraz z innymi świadczeniodawcami niezbędne jest posiadanie przez placówkę komputerów i dostępu do internetu. Dlatego też PARPA 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 uzależnienia od alkoholu. Dostęp do współczesnej literatury ułatwia pracę terapeutyczną, uatrakcyjnia przekaz edukacyjny i tym samym czyni go bardziej skutecznym.

Tworzenie nowej placówki leczenia uzależnienia od alkoholu 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. Jej funkcjonowanie nie powinno stanowić stałego obciążenia finansowego dla samorządu terytorialnego, gdyż główne koszty bieżącego działania placówki powinny być pokrywane przez NFZ.

2.2. Zwiększanie dostępności działań na rzecz osób z problemami alkoholowymi, w tym uzależnionych, poza placówkami leczenia uzależnienia od alkoholu

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

Wspieranie działań na rzecz rozwiązywania problemów alkoholowych w domach pomocy społecznej

Część mieszkańców domów pomocy społecznej 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 odwykowego, 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 również 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. Ewaluacja efektów programów rehabilitacji realizowanych w obu tych oddziałach pozwala rekomendować wprowadzenie tych programów w innych domach pomocy społecznej.

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 ze sobą spożywanie alkoholu przez osoby młodsze. Osoby starsze są zatem grupą szczególnego ryzyka. W ich przypadku picie alkoholu może nasilić istniejące problemy zdrowotne i psychologiczne, a także powodować dodatkowe zaburzenia zdrowia, stres i obciążenia. 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. Mają one bowiem zmniejszoną aktywność społeczną i towarzyską, 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 podeszłym wieku powinno być istotnym tema-

tem edukacji publicznej. Wymaga to nagłaśniania zagrożeń związanych z używaniem alkoholu w starszym wieku, uczenia profesjonalistów (pracowników służby zdrowia, pomocy społecznej, działaczy organizacji pozarządowych) umiejętności rozpoznawania wzorów używania alkoholu, motywowania osób starszych do abstynencji lub ograniczenia picia oraz uwzględnienia w leczeniu odwykowym osób z zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu, specyfiki wynikającej z wieku i możliwości starszych pacjentów. Samorząd gminy może wspierać finansowo działania kierowane do rosnącej grupy osób starszych.

Dofinansowanie programów rehabilitacji dla osób uzależnionych po zakończonych programach psychoterapii uzależnienia

Część osób uzależnionych po zakończeniu leczenia odwykowego wymaga oddziaływań rehabilitacyjnych, których celem jest przywrócenie im zdolności do samodzielnego życia społecznego i funkcjonowania w rolach społecznych. Osoby te wymagają czasowego pobytu w warunkach chronionych (hostele, domy przejściowe, mieszkania chronione), gdzie mają zapewnioną opiekę psychologiczną, terapeutyczną oraz wsparcie pracownika socjalnego. W tym czasie muszą zachować abstynencję, uczestniczyć w życiu społeczności oraz podjąć starania w kierunku usamodzielnienia (wyrobienie dokumentów, znalezienie mieszkania i pracy). Wskazane jest, aby samorząd terytorialny dofinansował różne formy rehabilitacji osób uzależnionych, tym bardziej że są one w bardzo ograniczonym zakresie finansowane przez NFZ i pomoc społeczną. Szczególnie rekomenduje się finansowanie aktywizacji zawodowej osób uzależnionych oraz wzmożonych oddziaływań rehabilitacyjnych wobec osób bezdomnych.

2.3. Prowadzenie punktów konsultacyjnych dla osób uzależnionych i ich rodzin

Wprowadzenie

W Polsce działa około 2200 punktów konsultacyjnych, które udzielają pomocy osobom z problemami alkoholowymi i członkom ich rodzin. Powinny być one tworzone przede wszystkim w tych gminach, w których nie ma placówek leczenia uzależnienia od alkoholu lub dostęp do nich jest utrudniony, np. ze względu na dużą odległość lub skomplikowany dojazd.

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 szczególności działania te mają służyć zwiększaniu dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej osobom uzależnionym od alkoholu oraz udzielaniu pomocy rodzinom, w których występują problemy alkoholowe oraz zapewnienie ochrony przed przemocą w rodzinie.

Podstawowymi zadaniami punktu konsultacyjnego są:

- 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;
- motywowanie osób pijących ryzykownie i szkodliwie, ale nieuzależnionych, do zmiany szkodliwego wzoru picia;
- udzielanie wsparcia osobom po zakończonym leczeniu odwykowym (np. przez rozmowy podtrzymujące, uruchomienie przy punkcie konsultacyjnym grupy wsparcia dla osób po zakończonym leczeniu w placówce leczenia uzależnienia od alkoholu);
- 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.

Z uwagi na to, iż głównym klientem PIK-ów są osoby z problemami alkoholowymi, rekomendowanym rozwiązaniem jest zatrudnienie na kilka godzin w tygodniu specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień, który pracuje w placówce leczenia uzależnienia, a jak wynika z badania¹⁴ prowadzonego na zlecenie PARPA, zakończonego w 2019 roku, aż w 39% punktów objętych badaniem nie zatrudnia się specjalistów zajmujących się uzależnieniami.

Konieczne należy podkreślić, iż 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.

Psychoterapeuta 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 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 leczenia odwykowego. 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

¹⁴ 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.

jej członków (dorosłych i dzieci). W przypadku podejrzenia występowania uzależnienia właściwą 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, np. przemoc, zaniedbywanie dzieci, problem pijących nastolatków, ubóstwo oraz udzielić stosownej pomocy.

Kompetencje osób dyżurujących w punkcie informacyjno-konsultacyjnym

Z uwagi na szerokie spektrum problemów występujących w rodzinach z problemem alkoholowym 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 z badań PIK przeprowadzonych na zlecenie PARPA wynika, że ponad jedna trzecia punktów (37%) zatrudnia tylko jedną osobę.

W przypadku gdy w punkcie konsultacyjnym dyżuruje tylko jedna osoba, musi być ona interdyscyplinarnie przeszkolona w zakresie różnych zjawisk, które występują w rodzinie z problemem alkoholowym oraz możliwych do zaproponowania rozwiązań. Powinna posiadać umiejętności w zakresie udzielania pomocy psychologicznej (nawiązanie kontaktu, przeprowadzenie interwencji kryzysowej, udzielenie wsparcia, motywowanie, poradnictwo) i mieć wiedzę na temat:

- picia szkodliwego, uzależnienia, współuzależnienia, sytuacji dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym;
- problemów pijących nastolatków;
- zjawiska przemocy w rodzinie, przemocy wobec dzieci;
- bazy adresów i ofert profesjonalnych placówek pomocowych na terenie powiatu i województwa.

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 i porad.

Jeśli to możliwe, należy zadbać o przeszkolenie personelu punktu w ww. zakresie oraz nadzór superwizyjny nad pracą pracowników punktu. W 2018 roku tylko około 12% specjalistów/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-ów¹⁵.

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

Uczestnicy badania zwracali uwagę na to, że informacje o działalności punktu i jego ofercie są słabo dostępne i mogą nie dotrzeć do osób potrzebujących takiej pomocy. Problem ten dotyczy PIK-ów bez względu na lokalizację. Warto docenić rolę, jaką odgrywa „poczta pantoflowa” w rozpowszechnianiu informacji o punktach informacyjno-konsultacyjnych wśród klientów, jednak nie może być ona dominującą formą przekazywania informacji¹⁶.

Sposobem na poprawę rozpowszechniania informacji może być umieszczanie ogłoszeń o swojej 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 się¹⁷ 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

¹⁵ Por. Raport z realizacji projektu badawczego dotyczącego funkcjonowania i oferty punktów informacyjno-konsultacyjnych 2019 rok, op. cit., s. 5.

¹⁶ Tamże, s. 17.

¹⁷ Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz.U. z 2017 r. poz. 1824).

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.

Informacje na temat, jak znaleźć odpowiedniego tłumacza języka migowego, zamieszczono w rozdziale II punkt 2.1.1 „**Oferta pomocy dla osób niesłyszących pijących problemowo**”.

ROZDZIAŁ III

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

3.1. Programy psychoterapii dla dorosłych członów rodzin z problemem alkoholowym

Wprowadzenie

Nadużywanie alkoholu przez jednego z członków rodziny destabilizuje funkcjonowanie całego systemu rodzinnego, rodzi poważne problemy, jest przyczyną cierpienia dorosłych i dzieci. Najczęściej to rodziny osób pijących szkodliwie i uzależnionych zgłaszają się do różnych instytucji udzielających pomocy z oczekiwaniem nakłonienia ich pijących bliskich do podjęcia leczenia uzależnienia.

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

3.1.1. Działania rekomendowane do realizacji w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

Dofinansowanie pracy terapeutycznej z rodziną oraz parą z problemem uzależnienia

Istotne z punktu widzenia trwałości i jakości życia rodziny z problemem alkoholowym 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 podkreślić należy, że prowadzenie terapii rodzinnej wymaga ukończenia szkoły psychoterapii systemowej. Specjaliści psychoterapii uzależnień nie są w większości przygotowani do tego zadania, natomiast mogą prowadzić pozostałe formy oddziaływań (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).

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wraz z Zespołem doradców dyrektora PARPA ds. leczenia odwykowego opracowała w latach 2018-2019 propozycję schematu postępowania terapeutycznego wobec osób dorosłych obciążonych problemami wynikającymi z używania alkoholu/innych substancji psychoaktywnych/zaburzeń nawyków i popędów przez ich bliskich w polskich placówkach leczenia uzależnień. Opisy programów znajdują się na stronie internetowej www.parpa.pl w zakładce „Lecznictwo odwykowe”.

PARPA opracowała także program krótkoterminowej pracy terapeutycznej z parą z problemem uzależnienia, który można wdrażać w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu. Opracowano podręcznik i film edukacyjny uczący prowadzenia krótkoterminowej terapii par, w których jeden z małżonków czy partnerów pozostaje w procesie leczenia uzależnienia. Materiały te dostępne są do pobrania na stronie internetowej PARPA w zakładce E-PUBLIKACJE.

Rekomenduje się gminom zakup programów zdrowotnych lub świadczeń z zakresu terapii dla bliskich/członków rodzin osób uzależnionych albo też pokrycie kosztów dodatkowych szkoleń dla pracowników placówek leczenia uzależnienia od alkoholu w tym zakresie.

Programy psychoterapii tzw. współuzależnienia

Konsekwencją życia z partnerem nadużywającym alkoholu może być tzw. współuzależnienie. Nie jest to choroba, tylko efekt przystosowania się do sytuacji problemowej. Koncentrując się na szukaniu sposobu ograniczenia picia 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 (o tzw. współuzależnieniu mówi się wyłącznie w odniesieniu do osób dorosłych). Programy pomocy dla tych osób najczęściej są realizowane w poradniach leczenia uzależnienia od alkoholu. Warto, aby gmina rozważyła zakup świadczeń lub programów psychoterapii dla osób cierpiących z powodu rodzinnych obciążeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu we wszystkich poradniach, w których wysokość kontraktu z NFZ ogranicza możliwość efektywnego pomagania tym osobom. 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 ambulatoryjnych placówkach leczenia uzależnień, a udając się po pomoc, nie muszą mieć skierowania.

Programy pomocy psychologicznej i psychoterapii dla osób z syndromem dorosłych dzieci alkoholików

Efektom doświadczeń wyniesionych z życia w rodzinie z problemem alkoholowym 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 przez terapeutów syndromem dorosłego dziecka alkoholika (DDA).

Nie wszystkie osoby wychowujące się w rodzinie alkoholowej doświadczają nasilonych objawów zespołu DDA. Większość dobrze sobie radzi ze sobą i swoimi problemami, a jeśli przeżywa trudności – skutecznie je pokonuje bez pomocy specjalistów. DDA mogą osiągać wiele sukcesów w życiu, zwłaszcza zawodowym. Nasilenie cech charakterystycznych dla syndromu DDA może jednak przeszkadzać w codziennym funkcjonowaniu. Wówczas takie osoby wymagają 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. Z kolei psychoterapia osób z syndromem DDA powinna być prowadzona przez psychoterapeutów lub osoby w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatów szkół psychoterapeutycznych. Inne formy pomocy psychologicznej dla DDA mogą realizować specjaliści psychoterapii uzależnień, zwłaszcza ci, którzy ukończyli dodatkowo specjalistyczne szkolenia na temat pomagania DDA.

Pomaganie osobom z syndromem DDA przez gminy może przyjąć formę zakupu programów profesjonalnej pomocy dla tej grupy pacjentów (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

Wprowadzenie

Na podstawie badań naukowych określono, iż w Polsce 943 tys. dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat ma rodziców borykających się z problemami wynikającymi z picia¹⁸. 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 ich w program realizowany w opiekuńczych i specjalistycznych (realizujących program socjoterapeutyczny) placówkach wsparcia dziennego oraz na zajęciach socjoterapeutycznych i rozwojowych, prowadzonych przez samorządy lokalne.

Do zadań własnych gminy należy udzielanie wsparcia członkom rodzin osób uzależnionych od alkoholu, w tym dzieciom (art. 4¹ ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi). Pomoc ta może mieć różną formę, odbywać się w kontakcie indywidualnym lub poprzez uczestnictwo w zajęciach grupowych. Świetlica to popularna nazwa miejsca, gdzie prowadzona

¹⁸ Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyński B. (red.), *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej* – EZOP Polska, op. cit.

jest praca z dziećmi. Należy jednak wziąć pod uwagę, że chodzi tu o specjalne miejsca, w których udzielana jest pomoc dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym i innych grup ryzyka, a nie o typowe świetlice szkolne czy wiejskie.

Od 2011 roku obowiązuje ustawa z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej¹⁹, 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 jako: PWD), na zasadach określonych w ww. przepisach. 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 PWD 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, wydane na podstawie art. 18b ust. 3 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

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 wymogów, które będą spełniać standardy obowiązujące placówki wsparcia dziennego, zarówno od strony organizacyjnej, jak i merytorycznej. Dlatego PARPA 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 PWD – 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).

¹⁹ Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. 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.

Należy pamiętać o stanowisku Najwyższej Izby Kontroli (dalej jako: NIK) dotyczącym świetlic wiejskich wyrażonym w „Informacji o wynikach kontroli: Funkcjonowanie Placówek Wsparcia Dziennego Dla Dzieci” (KPS.410.007.00.2016 Nr ewid. 24/2017/P/16/040/KPS), w którym to wskazano, że: „Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej nie definiuje pojęcia placówka wsparcia dziennego, wskazując jedynie formy placówek i ich zadania. W ocenie NIK powoduje to w wielu przypadkach trudności w określeniu przez samorządy, czy funkcjonująca na ich terenie np. świetlica czy ognisko powinna zostać zaliczona do placówek wsparcia dziennego czy też nie, czego przykładem może być zaliczanie do placówek wsparcia dziennego świetlic szkolnych lub wiejskich” (...) „w nadesłanych wykazach, poza placówkami wsparcia dziennego prowadzonymi w formie specjalistycznej, opiekuńczej lub pracy podwórkowej, wielokrotnie znalazły się świetlice wiejskie prowadzone przez gminne lub wiejskie ośrodki lub domy kultury, świetlice szkolne, „ochronki”, a także ośrodek socjoterapeutyczny. W ocenie NIK, zaliczanie typowych świetlic wiejskich czy szkolnych do placówek wsparcia dziennego jest rezultatem braku objaśnienia pojęcia placówka wsparcia dziennego, co z kolei wpływa na prawidłowość i rzetelność danych wykazywanych w sprawozdaniach statystycznych z instytucjonalnej pieczy zastępczej oraz placówek wsparcia dziennego przekazywanych do Głównego Urzędu Statystycznego, sprawozdań rzeczowo-finansowych z wykonywania przez gminę zadań z zakresu wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej przekazywanych do Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz sprawozdań z działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych przekazywanych do Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych”.

Warto także wspomnieć o wystąpieniu pokontrolnym NIK nr LWA.411.002.03.2019 „Realizacja i wykorzystanie przez gminy województwa mazowieckiego dochodów z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych” – I/19/002. W tym przypadku NIK zakwestionowała „finansowanie zakupu mebli, materiałów biurowych, sprzętu komputerowego i audio-wizualnego oraz innych sprzętów potrzebnych w świetlicach opiekuńczo-wychowawczych”, a „w ocenie NIK, kwestionowane wydatki były niezgodne z art. 4¹ ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, jak również z Rekomendacjami autorstwa Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i nie powinny być sfinansowane z dochodów z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, bowiem stanowiły realizację zadań własnych gminy dotyczących kultury czy utrzymania gminnych obiektów, tj. zadań określonych w art. 7 ust. 1 pkt 9 i 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym”.

Opinia NIK wyraźnie wskazuje, że przy zakupie wyposażenia i różnorodnego sprzętu kluczowe jest przeanalizowanie wykorzystania zakupionych przedmiotów – czy będą one wykorzystywane przede wszystkim na potrzeby dzieci uczestniczących w zajęciach socjoterapeutycznych czy opiekuńczo-wychowawczych. W sytuacji, gdy pomieszczenia te przeznaczone są na inną działalność, a zajęcia dla dzieci są jedynie nieznaczną częścią wykorzystania pomieszczeń – zakup wyposażenia nie znajduje uzasadnienia. Środki finansowe z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych nie mogą zastępować realizacji zadań własnych gminy w zakresie utrzymania gminnych obiektów, upowszechniania kultury, sportu czy organizacji czasu

wolnego dzieci i młodzieży. Nie mogą być zatem wykorzystywane na zakup sprzętu sportowego, strojów sportowych dla lokalnych drużyn, strojów dla tanecznych czy muzycznych zespołów regionalnych, instrumentów muzycznych dla tych zespołów itp. Te i tym podobne zajęcia dla dzieci i młodzieży czy osób dorosłych nie pełnią profilaktycznej funkcji w zakresie ograniczania spożycia napojów alkoholowych przez sam fakt swojego funkcjonowania.

Kluczowy zatem jest program realizowany w danej placówce dla dzieci i młodzieży. Powinien on spełniać „Standardy i kryteria oceny jakości programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego” (<http://www.parpa.pl/download/standardy.pdf>) lub założenia merytoryczne pomocy dziecku i rodzinie z problemem alkoholowym.

Istotnym elementem są także kompetencje osób zatrudnionych w placówkach wsparcia dziennego. Osoby te powinny posiadać dodatkowe kompetencje w zakresie pomocy psychologicznej i wsparcia dzieci z grup ryzyka, uwzględniające zakres prowadzonej pracy.

Realizacja powyższych założeń pozwoli nie tylko na zachowanie jakości i efektywności prowadzonych zadań, ale umożliwi właściwe wydatkowanie środków publicznych.

Jak wynika z analizy ankiet PARPA-G1, każdego roku ok. 170 tys. dzieci korzysta z różnych form wsparcia – od zajęć opiekuńczo-wychowawczych po programy pomocy psychologicznej. Przeciętnie 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 alkoholowych. Dotyczy to zwłaszcza gmin wiejskich.

W powyżej wskazanym raporcie NIK pn. „Funkcjonowanie placówek wsparcia dziennego dla dzieci” z 2016 roku można przeczytać m.in.:

- 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”²⁰ z 2018 roku.

²⁰ Raport opracowany na zlecenie PARPA, Warszawa 2018 r. Materiał wewnętrzny PARPA.

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.

Przedstawione wnioski są spójne z uwagami, które formułuje PARPA od kilku lat na podstawie analizy danych w ankietach PARPA-G1 oraz bieżącego kontaktu z pracownikami świetlic przy okazji realizowanych projektów edukacyjnych i szkoleń. Brak stabilizacji funkcjonowania placówek i niewystarczające wsparcie ze strony samorządu sprawiają, że chociaż z jednej strony można mówić o istniejącym systemie świetlic, w których dzieci mogą uzyskać pomoc, to z drugiej strony system ten nie jest tak efektywny, a udzielana pomoc tak skuteczna, jak można by oczekiwać.

Dane z ankiet PARPA-G1 pokazują, że samorządy lokalne znaczne środki wydają na jednorazowe festyny i inne imprezy plenerowe, spektakle profilaktyczne, imprezy sportowe (turnieje, wyścigi, olimpiady itp.), czyli działania o nieznanym skutecznym, które nie pełnią funkcji profilaktycznej, a o części z nich wręcz wiadomo, że nie są efektywne. Badania pokazują, że jedynie długofalowe programy uczące radzenia sobie z emocjami, dojrzałego budowania relacji z innymi, kształtujące system wartości przekładają się na ograniczenie w przyszłości przez ich uczestników używania substancji psychoaktywnych i podejmowania innych zachowań ryzykownych. Można zaryzykować twierdzenie, że z punktu widzenia udzielania skutecznej pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym duże kwoty uzyskiwane z wydawania zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych są wydawane nieefektywnie. Warto więc zwiększyć wykorzystanie środków uzyskiwanych z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych do podejmowania skutecznych działań, które będą podnosiły jakość i zakres udzielanej pomocy dzieciom z rodzin

z problemem alkoholowym. Z badań i raportu NIK wynika, że działalność placówek wsparcia dziennego, które spełniają swoją rolę i są niezwykle istotnym elementem w systemie udzielania pomocy dzieciom, jest niedofinansowana. Istotne uwagi w tym zakresie zawiera raport z badania funkcjonowania placówek wsparcia dziennego z regionu łódzkiego na temat potrzeb i barier w udzielaniu skutecznej pomocy dzieciom. Badanie to zostało zrealizowane w 2016 roku przez Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi na zlecenie Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi. W raporcie wskazano, iż brakuje miejsc, w których mogłyby funkcjonować świetlice. Co czwarta świetlica w województwie łódzkim znajdowała się w podziemnej części budynku, a ponad połowa działała w miejscu, gdzie mieści się inna instytucja, np. szkoła²¹.

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.

Ponadto największymi wyzwaniami dla badanych placówek okazały się biurokracja, współpraca z rodzicami i finansowanie działalności. Kwestie te są zgłaszane przez około połowę badanych placówek. Z kolei 97% placówek wskazało na potrzebę doskonalenia kompetencji kadry na kursach i szkoleniach. Warto zwrócić uwagę, że zwłaszcza w przypadku specjalistycznych placówek wsparcia dziennego, ich program powinien być dostosowany do diagnozy problemów i zaburzeń dzieci. Środki finansowe na działalność tych placówek pochodzą w zdecydowanej większości (a nierzadko w całości) z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, które są celowymi środkami na realizację zadań wynikających z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, podczas gdy niespełna połowa dzieci uczestniczących w zajęciach, to dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.

3.2.1. Działania rekomendowane do realizacji w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

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

²¹ „Funkcjonowanie placówek wsparcia dziennego z regionu łódzkiego. Bariery i potrzeby” badanie naukowe zrealizowane przez Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi na zlecenie Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, 2016.

statutowe obejmują prowadzenie działalności w zakresie wspierania rodziny i systemu 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 wolontariacie²² oraz
- 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 współuzależnionej do podjęcia terapii);

²² Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. 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.

-
- ✓ 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 współuzależnionych (np. gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych, 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. Przy zatrudnianiu wychowawców należy pamiętać o art. 22 Kodeksu pracy²³. Rekomenduje się także zaangażowanie dwóch wychowawców do pracy z jedną grupą dzieci, w celu zapewnienia jak najlepszej jakości udzielanej pomocy.

Finansowanie zajęć socjoterapeutycznych dla dzieci z grup ryzyka, zwłaszcza dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.

Należy zwracać uwagę, by program zajęć spełniał merytoryczne założenia programu socjoterapii oraz by osoby prowadzące zajęcia posiadały odpowiednie kompetencje. Przy organizacji tego typu zajęć dla dzieci z grupy ryzyka możliwe jest finansowanie np. zatrudnienia osoby prowadzącej zajęcia czy materiałów dydaktycznych, poczęstunku dla dzieci.

Dofinansowanie obozów socjoterapeutycznych dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym/problemem przemocy.

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

Dofinansowywanie szkoleń i kursów specjalistycznych w zakresie pracy z dziećmi z rodzin z problemem alkoholowym/problemem przemocy oraz w zakresie prowadzenia zajęć socjoterapeutycznych.

Mogą brać w nich udział pedagodzy, psycholodzy, nauczyciele, wychowawcy, którzy są zatrudnieni w tego typu placówkach lub deklarują gotowość podjęcia takiej pracy.

Dofinansowanie programów psychoedukacyjnych dla rodziców, kształtujących odpowiednie umiejętności wychowawcze.

Należy zwracać uwagę, by programy rozwijające umiejętności wychowawcze rodziców były dostosowane do wieku rozwojowego dziecka.

²³ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. z 2020 r. poz. 1320 z późn. zm.).

Szukanie rozwiązań związanych z problemami wychowawczymi może być pierwszym krokiem do szukania pomocy przez dorosłe osoby w rodzinie alkoholowej.

Organizowanie i finansowanie superwizji lub konsultacji dla wychowawców udzielających pomocy psychologicznej dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym/problemem przemocy.

Konsultacje i superwizje przebiegu pracy mogą w znaczący sposób podnieść jakość pracy i przełożyć się na większą efektywność realizowanych działań.

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 potrzeby głodu, posiadanie możliwości przygotowania posiłku jest okazją do nauki różnych umiejętności życiowych związanych z gotowaniem i współpracą w grupie oraz kształtowania zdrowych nawyków żywieniowych.

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

Istnieje duża potrzeba obejmowania pomocą tych rodzin i dzieci, które jeszcze z niej nie korzystają, dostosowywania form pomocy do zmieniającej się rzeczywistości, zapoznawania się z nowymi rozwiązaniami lepiej odpowiadającymi na potrzeby środowiska lokalnego.

Prowadzenie działań związanych z ewaluacją (wewnętrzną i zewnętrzną) programów pomocy dla dzieci z rodzin alkoholowych oraz programów badawczych dotyczących psychospołecznego funkcjonowania dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.

Stała refleksja nad prowadzonymi działaniami i korzystanie z wiedzy pochodzącej z badań zwiększa szansę na ich dobrą jakość.

Tworzenie systemowego wsparcia i terapii dla dzieci z Płodowym Zespołem Alkoholowym (*Fetal Alcohol Syndrome* – FAS) oraz dla ich rodziców i opiekunów.

Oprócz uruchamiania programów diagnostyki i terapii dzieci ze Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD), niezbędne jest dostarczanie wiedzy lekarzom, psychologom, pedagogom, terapeutom oraz wszystkim osobom, które zajmują się pomocą dzieciom z FASD oraz ich rodzinom. Rekomendowane jest także podejmowanie działań edukacyjnych (lokalnych kampanii) upowszechniających w społeczeństwie wiedzę na temat szkód wynikających z picia alkoholu przez kobiety w ciąży oraz promujących przekaz dotyczący konieczności zachowania abstynencji w czasie ciąży.

3.3. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie

Wprowadzenie

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. Działania prowadzone w ramach tego zadania są finansowane przez samorządy gminne ze środków przeznaczonych na realizację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Analiza danych PARPA-G1²⁴ z ostatnich kilku lat pokazuje, że w latach poprzedzających pandemię na zadania związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie gminy przeznaczały około 5% środków przeznaczonych na profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych.

Nadużywanie alkoholu stanowi istotny czynnik ryzyka wystąpienia przemocy w rodzinie. Z danych Komendy Głównej Policji²⁵ wynika, że w 2020 roku policjanci podjęli ponad 72 tys. interwencji w sytuacji podejrzenia przemocy w rodzinie (z wykorzystaniem procedury „Niebieskie Karty”). 54% tych interwencji dotyczyło sytuacji, kiedy sprawca przemocy w rodzinie był w stanie nietrzeźwości. Z badań przeprowadzonych w kwietniu 2020 roku przez zespół pod kierownictwem dr. hab. J. Chodkiewicza, prof. UŁ z Zakładu Psychoprofilaktyki i Psychologii Uzależnień Instytutu Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego wynika, że połowa spośród osób, które zmieniły swój styl spożywania alkoholu w czasie pandemii COVID-19 to osoby, które zaczęły pić więcej. Były to osoby spożywające alkohol w sposób ryzykowny i szkodliwy już przed pandemią. Z badań przeprowadzonych przez Instytut Millward Brown SMG/KRC wynika, że 90% osób stosujących przemoc wobec swoich bliskich wskazuje nadużywanie alkoholu jako „przyczynę” stosowania przez nich przemocy w rodzinie. I chociaż często jest to tylko usprawiedliwienie dla ich własnych zachowań, to część z nich ma nadzieję, że jeśli przestaną pić, to 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, stosują przemoc. W 2020 roku członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w 2.369 przypadkach podejrzenia przemocy w rodzinach z problemem alkoholowym uruchomili procedurę „Niebieskie Karty”. Mimo iż jest to obowiązek ustawowy wyni-

²⁴ Dane z zestawień „PARPA G1 Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych”, <http://parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> (dostęp 17.11.2021 roku).

²⁵ <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-w-rodzinie/137709.Sprawozdania-z-realizacji-procedury-quotNiebieskie-Kartyquot.html> (dostęp: 17.11.2021).

kający z ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie tego rodzaju aktywność wykazała zaledwie 16% wszystkich gmin w Polsce²⁶.

Rok 2020 był szczególnie trudny dla rodzin dysfunkcyjnych, w tym borykających się z problemem alkoholowym i przemocą. Izolacja domowa sprzyjała nasileniu zachowań przemocowych wobec członków rodziny. Z danych działającego na zlecenie PARPA Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie wynika, że tylko w okresie od kwietnia do października 2020 roku konsultanci tej placówki podjęli dwa razy więcej interwencji w porównaniu z analogicznym okresem w 2019 roku. Zarejestrowali także czterokrotnie – w porównaniu z poprzednim rokiem – wzrost liczby nadesłanych e-maili z prośbą o pomoc i poradę w związku z przemocą w rodzinie (2019 rok – 859 e-maili, 2020 rok – 2.058 e-maili).

Pandemia koronawirusa SARS-CoV-2 spowodowała nie tylko izolację rodzin, ale także zamknięcie placówek pomocowych. I chociaż niektóre miejsca pomocy stosunkowo szybko przestawiły się na kontakt z klientem za pośrednictwem komunikatorów internetowych, to należy stwierdzić, że ogromna grupa członków rodzin z problemem alkoholowym, w tym osoby krzywdzone przez najbliższych, zostały bez pomocy specjalistów.

3.3.1. Działania rekomendowane do realizacji w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

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

Przemoc w rodzinie jest problemem, który ciągle wzbudza niedowierzanie lub jest bagatelizowany. Mimo prowadzonych w ciągu ostatnich lat działań informacyjno-edukacyjnych na temat zjawiska przemocy w rodzinie, zdarza się, że osoby doznające przemocy w rodzinie spotykają się z negatywnymi reakcjami świadków przemocy i przedstawicieli służb. Ponadto ofiarom przemocy w rodzinie 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 dla sprawców przemocy 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 i Polityki Społecznej „Ogólnopolska diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie” wynika, że 90% Polaków uznaje różne sytuacje, które świadczą o przemoc w rodzinie za nieakceptowane, co może świadczyć o dużej świadomości społecznej na temat zjawiska przemocy domowej, to nadal 10% uznaje różnego rodzaju zachowania przemocowe za „normalne”.

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

²⁶ Dane z zestawienia „PARPA G1 Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych w Polsce w samorządach gminnych w 2020 roku”. <https://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> (dostęp: 17.11.2021).

-
- 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 Społecznej 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, patrzenia na problem klienta z jego perspektywy, pracy psychologicznej z klientem, a także 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 ćwiczeniom 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 poprawę sytuacji w rodzinie i zatrzymanie przemocy;
- 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.

W szczególnym czasie, jakim jest pandemia COVID-19 rekomenduje się, aby szkolenia odbywały się w formule i warunkach gwarantujących bezpieczeństwo epidemiczne uczestnikom i wykładowcom. Należy także zadbać o przygotowanie profesjonalistów do pracy psychologicznej i terapeutycznej z członkami rodzin z problemem przemocy z wykorzystaniem elektronicznych narzędzi komunikacji (np. Skype, Zoom), gdyż taki rodzaj kontaktu wymaga zwrócenia uwagi na inne aspekty pracy z klientem niż w czasie bezpośredniego spotkania.

Należy pamiętać, że ustawa z dnia 30 kwietnia 2020 roku o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw²⁷ wprowadziła uprawnienie dla policji i Żandarmerii Wojskowej do wydania wobec osoby stosującej przemoc w rodzinie nakazu natychmiastowego opuszczenia mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia oraz zakazu zbliżania się do mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia. Rozwiązanie służy skuteczniejszej ochronie osób doznających przemocy w rodzinie i jest swoistym rodzajem interwencji wobec sprawcy przemocy służącym izolacji sprawcy od ofiary. Rekomenduje się włączenie do szkoleń na temat przeciwdziałania przemocy w rodzinie żołnierzy Żandarmerii Wojskowej.

Rekomenduje się również, 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 PARPA, 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.parpa.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.

²⁷ Ustawa z dnia 30 kwietnia 2020 r. o zmianie ustawy - Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 956).

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;
- wspieranie działalności grup samopomocowych (w tym grup wsparcia) dla osób doznających przemocy w rodzinie;
- 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).

Rekomenduje się utrzymanie i rozwijanie oferty pomocowej, polegającej 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

Jest oczywiste, że chcąc skutecznie zatrzymać przemoc w rodzinie, należy pracować ze wszystkimi jej członkami. Konieczne jest więc zapewnienie oferty pomocy nie tylko dla osób doznających przemocy, ale i dla osób stosujących przemoc. Zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie powiaty są zobowiązane realizować na swoim terenie programy korekcyjno-edukacyjne dla osób stosujących przemoc w rodzinie. Jednak w wielu przypadkach pożądane jest ich prowadzenie i finansowanie także przez gminy, 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. Ponadto problemem jest rekrutacja uczestników takich programów, związana m.in. ze stosunkowo niską liczbą orzekanych przez sądy obowiązków uczestnictwa w ww. programach.

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;
- usprawnienie współpracy, w tym przepływu informacji między przedstawicielami różnych służb, ze szczególnym uwzględnieniem policji i kuratorskiej służby sądowej, w celu przeprowadzania szybszej i skuteczniejszej interwencji wobec sprawców przemocy, szczególnie tych, którzy uprzednio skazani, ponownie dopuszczają się zachowań przemocowych wobec członków rodziny.

Rozdział IV

Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży

4.1. Profilaktyka w zakresie ograniczania zachowań ryzykownych wśród dzieci i młodzieży

Wprowadzenie

Picie alkoholu przez młodych ludzi jest najczęstszym zachowaniem ryzykownym i warto o tym pamiętać przy ustalaniu priorytetów w działaniach profilaktycznych. Spożywanie alkoholu przez osoby niepełnoletnie często prowadzi do podejmowania innych zachowań ryzykownych i – jak podkreślają specjaliści – zaburza proces rozwojowy. Problemem jest nie tyle uzależnienie, które może dotknąć część młodych ludzi w przyszłości, ale przede wszystkim wiele szkód i konsekwencji bieżących. Wśród nich można wymienić np. upośledzenie czynności poznawczych: koncentracji uwagi, zapamiętywania, uczenia się, kontroli emocji. Wyniki ogólnopolskich badań, zrealizowanych w 2019 roku przez Instytut Psychiatrii i Neurologii na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (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. 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%).

Zapoznanie się ze szczegółowymi wynikami diagnozy populacji młodych ludzi daje nie tylko możliwość dokonywania porównań z wynikami badań lokalnych, ale pozwala także na okre-

ślenie 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: za niemożliwe do zdobycia piwo uznało zaledwie 4,6% uczniów młodszych i 1,7% starszych (badania ESPAD z 2019 roku).

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.

W związku z realizacją wyżej wymienionego zadania samorządy lokalne w 2020 roku na działania związane z profilaktyką przeznaczyły ze środków pochodzących z opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych ok. 78 mln złotych. Kolejne 47 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. Tylko w co czwartym samorządzie lokalnym (624 gminy) realizowany jest program znajdujący się w bazie rekomendowanych programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego. Na realizację programów rekomendowanych wydano niespełna 10% 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 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, 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 są zbudowane z uwzględnieniem kryterium dotyczącego oceny indywidualnego ryzyka powstawania problemów zdrowotnych. Pozwalają bardziej precyzyjnie określić granicę między profilaktyką i promocją zdrowia, a także między profilaktyką i leczeniem uzależnień oraz innych zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu.

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 uzależnień behawioralnych. 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, który został zaplanowany do realizacji, powinno jasno wynikać, na jakim poziomie jest to oddziaływanie, jaka jest grupa docelowa (wiek), jakie są jego zakładane cele, wykorzystywane strategie oraz sposób ewaluacji.

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 przejrane 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 średniowieczny (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 zostały podjęte prace nad wdrożeniem programu potwierdzania kwalifikacji zawodowych osób realizujących programy profilaktyczne adresowane do dzieci i młodzieży z zakresu profilaktyki używania substancji psychoaktywnych i uzależnień behawioralnych. Pozwoli to 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, palenia papierosów, używania nielegalnych substancji psychoaktywnych czy też przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym. W związku z tym prace te będą zintegrowane z prowadzonymi już przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii działaniami, zmierzającymi do wypracowania procedury certyfikowania profilaktyków uzależnień.

4.1.1. Działania rekomendowane do realizacji w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

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, czyli realizację działań profilaktycznych, a nie np. edukacyjnych, wyrównawczych, kulturalnych czy rekreacyjnych. W trakcie prac nad gminnym programem profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych 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 alkoholem i substancjami psychoaktywnymi lub szeroki zakres zachowań ryzykownych, a nie koncentrowało się wybiórczo na pojedynczych zagrożeniach (np. cyberprzemoc, nadużywanie gier lub sieci Internet, bezpieczeństwo w sieci czy dopalacze).

Działania profilaktyczne w szkole obejmują nie tylko realizację programów profilaktycznych w klasach, ale również regulacje/regulaminy szkolne oraz dbałość o 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 Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (koordynator), Ośrodka Rozwoju Edukacji, Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. System ten został stworzony, aby upowszechniać praktyki i 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).

4.1.2. Realizacja programów rekomendowanych

W chwili oddawania Rekomendacji do druku w bazie programów rekomendowanych znajdowało się 25 programów na trzech poziomach rekomendacji:

- **Poziom I Program obiecujący**

Program Przeciwdziałania Młodzieżowej Patologii Społecznej – program profilaktyki selektywnej adresowany do młodzieży w wieku 13–19 lat zagrożonej narkomanią i wykluczeniem społecznym.

Szkolna Interwencja Profilaktyczna – program selektywnej profilaktyki narkomanii skierowany do uczniów, realizowany w formie krótkiej interwencji podejmowanej przez nauczyciela i/lub pedagoga szkolnego.

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.

Środowiskowa profilaktyka uzależnień – program profilaktyki środowiskowej (selektywnej) adresowany do osób w wieku 10–18 lat.

FreD goes net – program wczesnej interwencji adresowany do osób w wieku 15–21 lat używających narkotyków lub alkoholu w sposób okazjonalny.

Przyjaciele Zippiego – program promocji zdrowia psychicznego dla dzieci w wieku 5–9 lat ukierunkowany na wzmacnianie umiejętności osobistych i społecznych dzieci.

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.

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.

Laboratorium Wiedzy Pozytywnej – program zawiera trzy moduły: moduł dla gimnazjalistów – 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.

Debata – realizacja tego programu, który 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.

Spójrz Inaczej (dla klas IV–VI) – 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.

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.

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.

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. Na podstawie szkolenia, a także otrzymanych scenariuszy zajęć – nauczyciel prowadzi z uczniami 30 spotkań (każde trwające ok. 1 godziny lekcyjnej), po 3 spotkania do każdego z 10 tematów programu.

Program Gra w Dobre Zachowania jest polską adaptacją amerykańskiego programu Good Behavior Game (GBG). W przeciwieństwie do innych szkolnych programów profilaktycznych Gra w Dobre Zachowania 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.

● **Poziom II Dobra praktyka**

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.

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 ono 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 liderów programu, którzy koordynują i realizują program w szkołach.

Archipelag 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 mityngów w dużych grupach.

Program Wzmacniania Rodziny dla rodziców i młodzieży w wieku 10–14 lat – program profilaktyki uniwersalnej/selektywnej, adresowany do rodzin, ukierunkowany na ograniczenie używania środków psychoaktywnych oraz zapobieganie innym zachowaniom problemowym młodzieży.

Program wspomagania rozwoju psychospołecznego dzieci nielubianych przez rówieśników z powodu zachowań antyspołecznych – program profilaktyki selektywnej przeznaczony dla dzieci w wieku 10–11 lat. Ma on na celu zmianę statusu społecznego dzieci nielubianych 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.

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.

Trzy koła – program daje możliwość wplatania scenariuszy w rutynową pracę nauczyciela: lekcje i kwadranse wychowawcze, lekcje niektórych przedmiotów, wycieczki, imprezy, akcje klasowe i szkolne, spotkania z rodzicami.

Program 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.

Tutoring szkolny – program pedagogiki dialogu. Program jest skierowany zarówno do szkół podstawowych, ponadpodstawowych, jak i ośrodków socjoterapii, młodzieżowych ośrodków wy-

chowanawczych, a oparty jest na przygotowaniu nauczycieli (na pierwszym etapie to 64 godziny szkolenia) do pracy w indywidualnym kontakcie z uczniami.

● **Poziom III Program modelowy**

Fantastyczne Możliwości – szkolny program profilaktyki uniwersalnej ukierunkowany na opóźnienie wieku inicjacji alkoholowej u nastolatków wkraczających w okres dojrzewania.

Przy wyborze programu warto zwrócić uwagę m.in. na jego adekwatność do problemów określonych w diagnozie lokalnej oraz do grupy docelowej (patrz również poziomy 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, świadomością emocjonalną, 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 przeciwne picciu 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. Choć przy trybie nauki zdalnej lub hybrydowej trudno jest znaleźć programy profilaktyczne do realizacji przy wykorzystaniu narzędzi teleinformatycznych i należy z ostrożnością podchodzić do zapewnień, iż mogą być one równie skuteczne jak praca z dziećmi i młodzieżą w formule tradycyjnej, nie należy jednak rezygnować z prób docierania do młodych ludzi z przekazem, na jakim nam zależy. Ważne jednak, by przekaz nie ograniczał się do wykładu, przesłania filmu czy tekstu do przeczytania, ale jak najbardziej aktywizował młodych ludzi. Należy również rozdzielić dwie kwestie: szkolenie przygotowujące nowych realizatorów programu (np. nauczycieli) i prowadzenie programu z docelowym odbiorcą: dziećmi, młodzieżą lub dorosłymi w formule pracy online.

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, np. wybór spośród programów znajdujących się bazie programów rekomendowanych.

Realizacja innych programów profilaktycznych autorskich – wskazówki

Zarówno Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, jak i Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii w ramach realizacji Narodowego Programu Zdrowia co roku umożliwia m.in. bezpłatne przeszkolenie osób do realizacji wybranych programów rekomendowanych, dlatego zachęcamy do zaglądania na strony internetowe obu instytucji.

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 oferty. Najważniejszym i decydującym wskaźnikiem jakości programu powinna być jego skuteczność, udowodniona w dobrze 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 z zewnątrz 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 (jakie 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.

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 (potrzebny opis). 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 Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych nie są rekomendowane do finansowania ze środków przeznaczonych na profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych.

Zgodnie ze stanowiskiem WHO Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych 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 podkreślaniu 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 spożywaniem alkoholu z działalnością przemysłu alkoholowego zakłóca przejrzystość i jednoznaczność komunikatu kierowanego do młodzieży.

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. Z drugiej strony – lekceważenie normy prawnej (osobom do 18. roku życia nie podajemy alkoholu) i przyzwolenie ze strony rodziców na spożywanie alkoholu przez ich dzieci (nawet, jeżeli im się wydaje, że to kontrolują), mogą stanowić istotny czynnik ryzyka.

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 świadomych i odpowiedzialnych decyzji związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Chodzi zatem nie tylko o przekazanie informacji na temat skali problemu, ale także o pracę nad przekonaniem normatywnymi dotyczącymi picia alkoholu i jego szkodliwości dla młodzieży i dorosłych.

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, 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 .

4.1.3. Inne działania rekomendowane do realizacji w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych na rzecz dzieci i młodzieży

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

Należy oddzielić dwa obszary działań: pracę terapeutyczną po zdiagnozowaniu uzależnienia i działania korekcyjno-wychowawcze skierowane do osób eksperymentujących z różnymi środkami psychoaktywnymi. Jeżeli chodzi o programy terapeutyczne dla młodzieży uzależnionej od alkoholu, mogą być one realizowane w placówkach leczenia uzależnień. W przypadku 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 szkołę podstawową i rozpoczynającej nowy etap edukacji.

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.

Wspieranie prospołecznych działań młodzieży przez mentorów/tutorów, programów liderских i działań rówieśniczych z obszaru profilaktyki i promocji zdrowia

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. Występowanie takich osób dorosłych w życiu dziecka, pomaga mu modelować właściwe zachowania, kształtować zainteresowania, postawy życiowe 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 problemowej i promocji zdrowia, przygotowywane przez młodych ludzi dla swoich rówieśników lub programy aktywizujące samorządy uczniowskie, grupy liderów czy samorządy młodzieżowe. Warunkiem powodzenia jest dobry nadzór ze strony osoby dorosłej, najlepiej z przygotowaniem profilaktycznym, tak aby młodzi ludzie nie popełniali błędów związanych np. ze wzmacnianiem szkodliwych stereotypów. Ten kierunek działań wymaga wsparcia i promocji, gdyż jest zgodny z rekomendacjami Rady Europy, dotyczącymi działań profilaktycznych skierowanych do młodzieży.

Taka strategia jest również bardzo ważna w profilaktyce realizowanej przez 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 doświadczenie się o jakichś trudnościach, ale i zaoferowania wskazówek jak sobie radzić z problemami.

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.

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 powinny być przeznaczone na działania związane z profilaktyką, a nie realizację ofert z obszaru kultury, edukacji czy sportu.

Podejmowanie działań edukacyjnych skierowanych do sprzedawców napojów alkoholowych, mających na celu ograniczanie 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, jest dostępność napojów alkoholowych dla młodych ludzi. Jak pokazały badania ESPAD (*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 nieletnim”), 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 uwzględniać 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 ds. Rodziny i Młodzieży PARPA dysponuje listą instruktorów przygotowanych do prowadzenia szkoleń dla sprzedawców w zakresie stosowania zakazu sprzedaży alkoholu nieletnim.

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 korekcyjne, 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 jedynie 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 podnoszenie 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 spożywania alkoholu.

Należy podkreślić, że zajęcia sportowe nie mogą stanowić jedynej i samodzielnej strategii profilaktycznej. 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). Powinny także wzmacniać czynniki chroniące, zwłaszcza poprzez ukazywanie autorytetów promujących wzorzec trzeźwości (trenera, znanych sportowców, nauczycieli wychowania fizycznego itp.) i rozwijanie zainteresowań, 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 alkoholowej. 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 problematyki alkoholowej

Wprowadzenie

Działania dotyczące edukacji publicznej stanowią jedno z zadań gminy związanych z realizacją gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Działania edukacyjne i informacyjne wzmacniają skuteczność innych narzędzi lokalnej polityki wobec alkoholu. W interesie każdego samorządu leży poinformowanie społeczności lokalnej o tym, gdzie i jak szukać pomocy w sytuacjach związanych z negatywnymi konsekwencjami używania alkoholu. Systematyczne edukowanie i szkolenia profesjonalistów pracujących zawodowo w systemie pomocy dzieciom, młodzieży, rodzinom i osobom z problemem alkoholowym oraz decydentów, którzy mają wpływ na kształt lokalnej polityki wobec alkoholu, są ważnym elementem profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych 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 alkoholowej na forum regionalnym, krajowym i międzynarodowym. To szczególnie istotna kwestia, ponieważ – w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej – polski system rozwiązywania problemów alkoholowych 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.

4.2.1. Działania rekomendowane do realizacji w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

Tworzenie sieci punktów informacyjnych

Rekomendujemy rozpowszechnianie informacji z zakresu rozwiązywania problemów alkoholowych 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 alkoholu jest rozpowszechnienie informacji o miejscach pomocy i ich ofercie w postaci ulotek, plakatów czy ogłoszeń prasowych. Szczególną rolę w dobie pandemii i wynikających z niej ograniczonych kontaktów bezpośrednich odrywają informacje zawarte na stronach internetowych. Rekomendujemy zamieszczanie informacji z zakresu rozwiązywania problemów alkoholowych 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 alkoholowych, 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 problemów alkoholowych. Rekomendowane jest prowadzenie systematycznych – cyklicznych lub ciągłych – działań edukacyjnych. Należy nadmienić, że jednorazowe akcje, takie jak festyny, obchody lokalnych dni trzeźwości czy Światowego Dnia FAS²⁸/Światowego Dnia Świadomości FASD²⁹ (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 i rozwiązywania problemów alkoholowych. 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 alkoholowym 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 dla określonych grup adresatów – młodzieży, sprzedawców, pracowników służby zdrowia, pacjentów placówek leczenia odwykowego, klientów punktów konsultacyjnych, dla rodzin z problemem alkoholowym i ofiar przemocy, kierowców itp. Warto także angażować w samorządowe działania edukacyjne i informacyjne lokalnych i regionalnych VIP-ów – osoby znane, sportowców, artystów i inne autorytety społeczne w celu uzyskania większej skuteczności oddziaływań.

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

²⁸ FAS – Płodowy Zespół Alkoholowy (*Fetal Alcohol Syndrome*).

²⁹ FASD – Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (*Fetal Alcohol Spectrum Disorder*).

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 alkoholowych.

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

Edukacja przedstawicieli różnorodnych grup zawodowych na temat FASD

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 Ciąża – 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. 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.

Szczególnie zachęcamy do:

- **upowszechniania wśród personelu medycznego placówek podstawowej opieki zdrowotnej i poradni ginekologicznych materiałów dotyczących zapobiegania FASD** (https://www.ciazabezalkoholu.pl/images/file/ZAPOBIEGANIE_FASD.pdf);

-
- **wspierania działań służących poprawie opieki nad dziećmi** z FASD i ich rodzinami, m.in. poprzez upowszechnianie informacji na temat badań przesiewowych i kolejnych etapów diagnozy FASD (por. Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Zalecenia opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów, MEDYCYNA PRAKTYCZNA – PEDIATRIA – WYDANIE SPECJALNE 1/2020).

Budowanie lokalnych koalicji

Podkreślamy wagę faktu budowania lokalnych koalicji na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, 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

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. Zachęcamy również do korzystania z zasobów internetowych prowadzonych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych np. stron internetowych prowadzonych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, zawierających treści edukacyjne i informacyjne na temat profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie:

www.parpa.pl; www.niebotak.pl; www.ciazabezalkoholu.pl; www.lekarzureauajnaprzemoc.pl; www.niebieska.info; www.pomaraneczowalnia.pl; www.motywuujemydozmiany.pl; www.powstrzymaj.pl.

Zapraszamy również do lektury i prenumeraty czasopism adresowanych do osób, które w swojej pracy zawodowej lub działalności społecznej spotykają się z problemami alkoholowymi oraz przemocą w rodzinie: „Świat Problemów”; „Remedium”; „Niebieska Linia”; „Trzeźwymi Bądźcie”; „Terapia Osób Uzależnionych i ich Bliskich”; „Eleuteria”.

Aktywna współpraca z lokalnymi i regionalnymi mediami

Podkreślamy ważność współpracy z mediami, również poprzez monitorowanie zawartości pojawiających się artykułów pod kątem problematyki alkoholowej, 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 i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz edukacji społecznej.

Monitorowanie skali problemów alkoholowych w środowisku lokalnym

Rekomendujemy monitorowanie skali problemów alkoholowych poprzez prowadzenie badań i sondaży, tworzenie lokalnych diagnoz i ekspertyz (samodzielnie lub zlecając je profesjonalnym instytucjom), pozwalających ocenić aktualny stan problemów alkoholowych na różnych płaszczyznach (np. picie młodzieży, leczenie uzależnienia od alkoholu, przeciwdziałanie przemocy, profilaktyka szkolna i środowiskowa, zmiany na rynku napojów alkoholowych, marketing alkoholowy: reklama, promocja, sponsoring itp.), a także ewaluacja prowadzonych działań profilaktycznych oraz publikowanie wyników tych badań w środowisku lokalnym. Przydatnym narzędziem pozwalającym monitorować działalność gminy w zakresie problematyki alkoholowej jest Sprawozdanie PARPA-G1 Działalność samorządów lokalnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. W związku z tym, że sprawozdanie to jest od kilkunastu lat już lat elementem programu badań statystycznych statystyki publicznej, czyli każda gmina ma obowiązek wypełnić to sprawozdanie, możliwe jest prześledzenie tendencji w zakresie zmian w rynku napojów alkoholowych (liczba zezwoleń, punktów sprzedaży, interwencji itp.), infrastruktury pomocowej oraz najczęściej podejmowanych działań profilaktycznych i naprawczych zarówno wobec dzieci i młodzieży, jak i osób dorosłych.

4.3. Działania na rzecz przeciwdziałania nietrzeźwości na drogach

Wprowadzenie

Przeciwdziałanie nietrzeźwości na drogach należy do katalogu zadań, które powinny być uwzględniane w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. 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.

4.3.1. Działania rekomendowane do realizacji w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

Działania o charakterze edukacyjnym

Planując działania edukacyjne w obszarze problemów alkoholowych kierowanych do użytkowników dróg, należy pamiętać, aby były one adekwatne do wieku osób w nich uczestniczących. Należy wspomnieć, że nie rekomenduje się działań polegających na prowadzeniu kontroli trzeźwości kierowców w obecności dzieci. 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 wśród osób kierujących pojazdami, zachęcające do podejmowania działań i ukazujące właściwe sposoby reagowania i zachowania w sytuacji bycia świadkiem kierowania pojazdem po wypiciu alkoholu.

Zazwyczaj osoby zatrzymane za jazdę pod wpływem alkoholu przed wyruszeniem w drogę nie spożywają alkoholu w samotności. Mając to na uwadze, warto adresować działania edukacyjne do świadków takich zdarzeń. Umiejętność asertywnej odmowy ze strony znajomych może być bardziej skutecznym motywatorem do zmiany postawy u kierowcy niż np. statystyki policyjne. Zasadne zatem wydaje się kierowanie działań do różnych grup społecznych, które w sposób pośredni mogą wpływać na poprawę bezpieczeństwa w ruchu drogowym, 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, gdzie 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 rozważą wśród użytkowników dróg.

Materiał filmowy z kampanii jest dostępny do pobrania na stronie internetowej PARPA. Zapraszamy także do odwiedzenia naszej strony www.powstrzymaj.pl.

- **Edukacja w szkołach średnich**

W ramach podnoszenia świadomości wszystkich uczestników ruchu w zakresie wpływu alkoholu 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, 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**

Od 2016 roku obowiązkowe jest włączanie w szkolenie osób ubiegających się o prawo do kierowania pojazdami zajęć na temat wpływu alkoholu na funkcje percepcyjne kierujących 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 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, reprezentujący instytucję nadrzędną, może podjąć decyzję o konieczności nawiązania tej współpracy w zakresie wprowadzenia obowiązkowego bloku tematycznego dotyczącego wpływu alkoholu 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. PARPA 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 na organizm, drugi to konsekwencje prawno-społeczne prowadzenia pojazdu pod wpływem alkoholu (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 realizowane jest zadanie kierowane do kierowców zawodowych mające 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. Mamy nadzieję, że będzie to cenne uzupełnienie dla osób zawodowo zajmujących się przewozem ludności. Publikacja będzie 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, może zainicjować współpracę międzysektorową jednostek podległych.

Przykładem dobrej współpracy różnych służb może być przekazywanie przez policję podczas kontroli drogowych kierowcom 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 sankcjonować – 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 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 18 grudnia 2012 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 transportu³⁰.

Za realizację programu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii odpowiada Wojewódzki Ośrodek Ruchu Drogowego. Obowiązek ów został zapisany w art. 100 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 roku o kierujących pojazdami³¹. Do udziału w kursie kierowane są osoby na mocy decyzji administracyjnej wydanej przez starostę (art. 99 wskazanej ustawy). 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 rozdyskrebowano broszury 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 zawarte są 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.

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2012 r. 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 2019 r. poz. 140 z późn. zm.).

³¹ Ustawa z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz.U. z 2021 r. poz. 1212), dalej jako: ustawa o kierujących pojazdami.

4.4. Przeciwdziałanie nietrzeźwości w miejscach publicznych

Wprowadzenie

Zapewnienie bezpieczeństwa mieszkańcom gminy i utrzymanie porządku publicznego nie należy do zadań gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (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 alkoholu.

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 gminnym³² (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

³² Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2021 r. poz. 1372 z późn. zm.), dalej jako ustawa o samorządzie gminnym

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.

4.4.1. Działania rekomendowane do realizacji w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

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 pracodawcami 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 określanymi 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;
- **działania edukacyjne** – dotyczące wzorów picia, szkód powodowanych przez alkohol, zmiany zachowań, np. sposobów odmawiania picia alkoholu 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.

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

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.

4.5.1. 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 wczesnego 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 POZ 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 został przetłumaczony przez PARPA na język polski. Jest on dostępny 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 POZ, 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 biblioteczki 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 NFZ. 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

WSPOMAGANIE DZIAŁALNOŚCI INSTYTUCJI, STOWARZYSZEŃ I OSÓB FIZYCZNYCH SŁUŻĄCEJ ROZWIĄZYWANIU PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH

Wprowadzenie

Samorząd, realizując poszczególne zadania określone w programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, może powierzyć organizacji pozarządowej realizację zadań, które wpisują się w zakres gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. 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 zadanie powierzone w ramach gppirpa. Dobrym przykładem realizacji zadań z zakresu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi jest realizacja reintegracji społecznej przez stowarzyszenia abstynenckie na terenie samorządów gmin.

5.1. Rodzaje ruchów abstynenckich

- **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 nieśluszenie, 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. Kluby często posiadają określone formy i reguły członkostwa, regulaminy czy strukturę organizacyjną, jednak to nie czyni ich formalną organizacją.

- **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.

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. 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. 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.

Należy pamiętać, że warunkiem uruchomienia specjalistycznych programów (np. pomocy psychologicznej) jest współpraca z osobami odpowiednio do tego przygotowanymi. Warto podkreślić, że oddziaływania psychologiczne, realizowane w ramach działalności stowarzyszeń, nie są terapią. Termin ten określa profesjonalne oddziaływania terapeutyczne związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w placówkach specjalistycznych.

Kolejnym ważnym nurtem w pracy stowarzyszeń powinna być ich wspierająca rola w lokalnym systemie rozwiązywania problemów alkoholowych. Po pierwsze, przez włączenie się stowarzyszeń abstynenckich w prace związane z opracowywaniem gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Skonsultowanie programu ze środowiskiem abstynenckim może wiele wnieść w zakresie jego dostosowania do lokalnych potrzeb i właściwego zdefiniowania priorytetów wśród planowanych działań. Po drugie, przez nawiązanie i utrzymywanie stałej współpracy m.in. z samorządami, placówkami leczenia odwykowego, pomocą społeczną, gminną komisją rozwiązywania problemów alkoholowych oraz innymi instytucjami i organizacjami pozarządowymi.

W celu podniesienia efektywności i jakości działań podejmowanych przez stowarzyszenia abstynenckie, a także porządkowania i stabilizowania zasad współpracy pomiędzy samorządem a stowarzyszeniami abstynenckimi, Krajowa Rada Związków i Stowarzyszeń Abstynenckich we współpracy z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wdrożyła program „Standardy działań stowarzyszeń abstynenckich”. Więcej na temat standardów znajdują państwo w broszurze „Stowarzyszenie abstynenckie. Wiedza, rozwój, skuteczność” – dostępnej na stronie www.parpa.pl w zakładce E-PUBLIKACJE.

Partnerami dla gminy w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych są też kościoły i związki wyznaniowe.

Zasady udziału podmiotów w realizacji gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, z uwzględnieniem odrębnych przepisów dotyczących dofinansowania/finansowania realizowanych przez nie zadań, są takie same jak w przypadku organizacji pozarządowych. Warto podkreślić, że „wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych” nie jest udzielaniem wsparcia finansowego. Oznacza bowiem nawiązanie współpracy służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych, również bez przekazywania środków finansowych. Prawidłowa współpraca powinna polegać na wymianie informacji, konsultacjach, wspólnych inicjatywach na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, w szczególności na rzecz promocji i realizacji działań w tym zakresie czy organizowaniu konferencji, szkoleń i narad. Zakres i udział poszczególnych podmiotów i osób fizycznych będzie zależał od potrzeb danego samorządu.

5.2. Zasady wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych

Istotne z punktu widzenia zasad finansowania zadań z gminnego programu profilaktyki jest wejście w życie ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym³³, 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 zlecenia 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, możliwe jest wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służące rozwiązywaniu problemów alkoholowych, zatem wskazany jest udział stowarzyszeń abstynenckich w realizacji gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych jako realizatorów zadań przy zachowaniu trybów i zasad opisanych powyżej.

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, to objęcie wsparciem osób uzależnionych w procesie zdrowienia wpisuje się w katalog zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, **nie może jednak przyjmować formy indywidualnej pomocy poszczególnym osobom uzależnionym**.

5.2.1. Działania rekomendowane do realizacji w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

Realizacja programów 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

³³ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2021 r. poz. 1956), dalej jako: ustawa o zdrowiu publicznym.

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.

Przy realizacji powyższych zadań 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 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 realizowanych przez samorządy.

Rozpoczynając współpracę 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.

ROZDZIAŁ VI

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

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 karnego³⁴, 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

³⁴ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 534 z późn. zm.) dalej jako: k.p.k.

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 nadrzędnego 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 przychylił się do zażalenia, kieruje się 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 organom³⁵. 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

³⁵ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 września 2015 r. 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).

wi 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 gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. 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.

6.1. 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,
 - ✓ elaksem 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, iż 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 sposób 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, iż 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 małoletnim³⁶ na reklamach piwa

³⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2003 r. 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).

umieszczanych na słupach i tablicach reklamowych i innych stałych i ruchomych powierzchniach 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 odległość 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 powierzchniach 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 alkoholo-

lowych ma znaczący wpływ na wielkość spożycia tychże napojów w danym kraju. Z przytoczonych 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.

W 2021 roku na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w ramach kampanii finansowanej z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych pn. „Ogranicz dostępność alkoholu”, do wszystkich gmin w Polsce zostały rozesłane materiały edukacyjne z zakresu ograniczania dostępności alkoholu oraz dotyczące przeciwdziałaniu nielegalnej reklamie napojów alkoholowych. 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 powstała strona internetowa www.ograniczdostepnosc.pl, na której znajdują się materiały edukacyjne do bezpłatnego pobrania.

6.2. 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 wysokoprocentowego alkoholu;
- prowadzenie reklamy i promocji produktów oraz 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, np. reklama piwa bezalkoholowego (w przypadku marek, które na rynek wprowadzają również piwa o zawartości powyżej 0,5% alkoholu).

6.3. 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. Zgodnie z art. 18 ust. 10 pkt 1 lit. a tej ustawy, „10. Zezwolenie, o którym mowa w ust. 1, organ zezwalający cofa w przypadku: 1) nieprzestrzegania określonych w ustawie zasad sprzedaży napojów alkoholowych, a w szczególności: a) sprzedaży i podawania napojów alkoholowych osobom nieletnim, nietrzeźwym, na kredyt lub pod zastaw”. 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 r. 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 r. 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 r. 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 r. 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 r. 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 r. 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 sankcje. „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 r.).

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.

ROZDZIAŁ VII

WSPIERANIE ZATRUDNIENIA SOCJALNEGO POPRZEZ ORGANIZOWANIE I FINANSOWANIE CENTRÓW INTEGRACJI SPOŁECZNEJ³⁷

7.1. Informacje ogólne na temat reintegracji społeczno-zawodowej w podmiotach zatrudnienia socjalnego

Działalność centrów integracji społecznej (CIS) i klubów integracji społecznej (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 socjalnym³⁸. 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 bezdomnych, uzależnionych od alkoholu, narkotyków, osób z zaburzeniami psychicznymi, długotrwale bezrobotnych, zwalnianych z zakładów karnych, uchodźców, osób z niepełnosprawnościami.

Osoby z powyższych grup społecznych po konsultacji z ośrodkiem pomocy społecznej, po szczegółowej diagnozie przeprowadzonej przez psychologa, pracownika socjalnego, doradcę zawodowego w podmiotach zatrudnienia socjalnego są przyjmowane lub nie do realizacji Indywidualnego Programu Zatrudnienia Socjalnego w CIS (dalej IPZS) lub kontraktu socjalnego w KIS (dalej KS). 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

³⁷ 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.

³⁸ Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym - t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 176, dalej jako: ustawa o zatrudnieniu socjalnym.

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 życiowymi 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, jednorodna. 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 przygotowanie 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 dostrzegane 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 picia 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 równoległe leczyć zaburzenia związane z używaniem alkoholu. W zajęciach oferowanych przez CIS mogą brać udział również osoby współuzależnione 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 (określonych w art. 4¹ ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi) 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 rekomenduje się finansowanie kosztów bieżącego funkcjonowania CIS ze środków przeznaczonych na realizację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, jedynie w sposób proporcjonalny do liczby osób uzależnionych od alkoholu oraz współuzależnionych 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 roczne 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 dotacji na pierwsze wyposażenie pochodzącej z dochodów własnych gminy, przeznaczonych na realizację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych lub innych dochodów własnych jednostki samorządu terytorialnego. 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, 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.

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 wolontariacie;
- zakup usług na bazie klauzul społecznych, określony w ustawie z dnia 19 września 2019 roku Prawo zamówień publicznych³⁹
- zamówienia typu „in-house” dla podmiotów wewnętrznych społecznych, określony w ustawie Prawo zamówień publicznych.

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.

W 2020 roku, w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 19 lipca 2019 roku o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych⁴⁰, zgodnie z art. 7 ust. 2 ustawy, realizatorami

³⁹ Ustawa z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1129 z późn. zm.).

⁴⁰ Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz.U. poz. 1818).

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 o pożytku publicznym i o wolontariacie, a także podmiot wyłoniony na podstawie ustawy Prawo zamówień publicznych.

Rozdział VIII

INSTYTUCJA ZOBOWIĄZANIA DO LECZENIA ODWYKOWEGO

Wstęp

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 gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, na której spoczywa obowiązek podejmowania czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu.

8.1. 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 odwykowego⁴¹. 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 zobowiązanych jest ponownie kierowana na przymusowe leczenie. Część z nich (48%) trafia tam wielokrotnie. Ponadto NIK wskazała na przewlekłość procedury – od zgłoszenia gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych 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;

⁴¹ Informacja o wynikach kontroli dostępna pod adresem: <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/15/095/> (dostęp: 24.08.2021).

- 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.

8.2. Przetwarzanie danych przez gminną komisję

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

1. Członkowie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań związanych z procedurą zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu, mogą przetwarzać informacje o osobach, o których mowa w art. 24, bez zgody i wiedzy tych osób, dotyczące stanu zdrowia, nałogów, skazań, mandatów karnych, orzeczeń o ukaraniu, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym, z uwzględnieniem następujących danych:

1. imienia (imion) i nazwiska;
2. daty i miejsca urodzenia;
3. płci;
4. numeru PESEL, a w przypadku gdy dana osoba nie posiada numeru PESEL – serii i numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość;
5. stanu cywilnego;
6. daty zawarcia małżeństwa, jeżeli dotyczy;
7. daty ustania małżeństwa, jeżeli dotyczy;
8. wykształcenia;
9. zawodu;
10. miejsca pracy lub nauki;
11. stopnia niezdolności do pracy, posiadania orzeczenia o niepełnosprawności i stopnia niepełnosprawności;
12. adresu miejsca zamieszkania lub adresu miejsca pobytu;
13. adresu do korespondencji;
14. adresu poczty elektronicznej;
15. numeru telefonu.

2. Członkowie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań związanych z procedurą zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu osób, o których mowa w art. 24, mogą przetwarzać dane o członkach ich rodzin w następującym zakresie:

-
1. imienia (imion) i nazwiska;
 2. daty i miejsca urodzenia;
 3. płci;
 4. stopnia pokrewieństwa lub powinowactwa;
 5. adresu do korespondencji lub numeru telefonu, lub adresu poczty elektronicznej.

3. Członkowie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych są obowiązani do zachowania poufności wszelkich informacji i danych, które uzyskali przy realizacji zadań związanych z procedurą zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu. Obowiązek ten rozciąga się także na okres po ustaniu członkostwa w gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.

4. Przed przystąpieniem do wykonywania czynności związanych z procedurą zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu członkowie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych składają, w formie pisemnej, wójtowi (burmistrzowi, prezydentowi miasta), oświadczenie o następującej treści: „Oświadczam, że zachowam poufność informacji i danych, które uzyskałem przy realizacji zadań związanych z procedurą zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu, oraz że znane mi są przepisy o odpowiedzialności karnej za udostępnienie danych osobowych lub umożliwienie do nich dostępu osobom nieuprawnionym”.

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 gminna komisja 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/WE⁴² – „przetwarzanie” oznacza operację lub zestaw operacji wykonywanych na danych osobowych lub zestawach danych osobowych w sposób zautomatyzowany lub niezautomatyzowany, taką jak zbieranie, utrwalanie, organizowanie, porządkowanie, przechowywanie, adaptowanie lub modyfikowanie, pobieranie, przeglądanie, wykorzystywanie, ujawnianie poprzez przesłanie, rozpowszechnianie lub innego

⁴² 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, str. 1 z późn. zm., dalej jako: RODO.

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 gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych 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 gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych) 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 z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu

niu alkoholizmowi czyli: „Członkowie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań związanych z procedurą zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu, mogą przetwarzać informacje o osobach, o których mowa w art. 24, bez zgody i wiedzy tych osób, dotyczące stanu zdrowia, nałogów, skazań, mandatów karnych, orzeczeń o ukaraniu, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym, z uwzględnieniem następujących danych:

1. imienia (imion) i nazwiska;
2. daty i miejsca urodzenia;
3. płci;
4. numeru PESEL, a w przypadku gdy dana osoba nie posiada numeru PESEL – serii i numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość;
5. stanu cywilnego;
6. daty zawarcia małżeństwa, jeżeli dotyczy;
7. daty ustania małżeństwa, jeżeli dotyczy;
8. wykształcenia;
9. zawodu;
10. miejsca pracy lub nauki;
11. stopnia niezdolności do pracy, posiadania orzeczenia o niepełnosprawności i stopnia niepełnosprawności;
12. adresu miejsca zamieszkania lub adresu miejsca pobytu;
13. adresu do korespondencji;
14. adresu poczty elektronicznej;
15. numeru telefonu.

Członkowie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań związanych z procedurą zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu osób, o których mowa w art. 24, mogą przetwarzać dane o członkach ich rodzin w następującym zakresie:

1. imienia (imion) i nazwiska;
2. daty i miejsca urodzenia;
3. płci;
4. stopnia pokrewieństwa lub powinowactwa;
5. adresu do korespondencji lub numeru telefonu, lub adresu poczty elektronicznej”.

Kolejną ważną kwestią związaną z przetwarzaniem danych przez gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych w świetle przepisów RODO jest definicja administratora danych.

Kwestię tę reguluje art. 25b ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi: „Wójt (burmistrz, prezydent miasta) jest administratorem danych, o których mowa w art. 25a ust. 1 i 2, przetwarzanych przez powołaną przez niego gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych”.

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 osobowych⁴³, 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.

8.3. 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 samostojącej 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 wymaga interwencji władzy publicznej, który zagraża bezpieczeństwu i porządkowi publicznemu oraz prawom i wolnościom innych osób.

Sprawa o zastosowanie obowiązku poddania się 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 gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych, jak i prokurator uzyskały takie same uprawnienia do inicjowania postępowania sądowego i zostały na nie 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.

⁴³ Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1781).

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, że stosuje przemoc w rodzinie i nadużywa alkoholu do gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Przy czym osoba/podmiot zawiadamiająca/y nie staje się stroną postępowania. Ustawa nie przewiduje bowiem udziału w tym postępowaniu osób przekazujących informację, jak też członków rodziny osoby, o której mowa 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. Gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych 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 gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Należy podkreślić, że na gruncie przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi tylko gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych 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 gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych 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. 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”, z kolei zgodnie z art. 34 ust. 4a tej ustawy: „W sprawach, o których mowa w ust. 2 i 4, przepis art. 30a stosuje się odpowiednio”.

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 PARPA działanie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych 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 alkomatu dla gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. 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 r. na potrzeby GKRPA zakupiony został alkomat oraz ustniki do alkomatu 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 gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych 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. Gminna komisja 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 administracyjnego⁴⁴, to wszelkie pisma urzędowe kierowane do strony w toku tego postępowania powinny spełniać wymogi formalne wskazane w tym akcie;
- złożenie wniosku o wszczęciu 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

⁴⁴ Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2021 r. poz. 735 z późn. zm.), dalej jako: k.p.a.

nia cywilnego⁴⁵ zawierał oznaczenie sądu, do którego jest skierowane; imiona i nazwiska lub nazwy stron, ich przedstawicieli 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 cywilnych⁴⁶, 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.

8.4. 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

⁴⁵ Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego – (Dz.U. z 2021 r. poz. 1805 z późn. zm.), dalej jako: k.p.c.

⁴⁶ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych – (Dz.U. z 2020 r. poz. 755 z późn. zm.), dalej jako: ustawa o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego⁴⁷ 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 wykonawczy⁴⁸, 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 lecznictwa 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 ba-

⁴⁷ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2020 r. poz. 685), dalej jako: ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.

⁴⁸ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 2021 r. poz. 53 z późn. zm.)

dania 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 alkoholu⁴⁹, 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.

⁴⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu (Dz.U. Nr 250, poz. 1883 z późn. zm.).

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 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych⁵⁰, 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 gminna komisja 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 sądowych⁵¹, 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

⁵⁰ Ustawa z dnia 4 lipca 2019 r. o zmianie ustawy - Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1469 z późn. zm.).

⁵¹ Ustawa z dnia 22 marca 2018 r. o komornikach sądowych (Dz.U. z 2021 r. poz. 850 z późn. zm.), dalej jako: ustawa o komornikach sądowych.

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 gminna komisja 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 zawieszono 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 zobowiązanie do leczenia odwykowego osobie, wobec której ten wniosek został złożony. Warto także wskazać, że gminna komisja 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 komorniczych⁵²) za doręczenie na jeden adres, niezależnie od liczby podjętych prób doręczenia. W przypadku zwrotu niedoręczonego 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).

⁵² Ustawa z dnia 28 lutego 2018 r. o kosztach komorniczych (Dz.U. z 2021 r. poz. 210 z późn. zm.), dalej jako: ustawa o kosztach komorniczych.

ROZDZIAŁ IX

KOMPETENCJE CZŁONKÓW GMINNEJ KOMISJI ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH

Wprowadzenie

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

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

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych we współpracy z Zespołem Ekspertów ds. lokalnych i regionalnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych opracowała Ramowy program szkolenia dla gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Program obejmuje 53 godziny dydaktyczne i składa się z 6 głównych bloków tematycznych, ze wskazaniem czasu potrzebnego do jego omówienia. Każdy z bloków zawiera listę dostępnych publikacji z omawianego zakresu. Przygotowano ją w taki sposób, aby zawierała ona aktualne i ogólnodostępne materiały. Program jest dostępny na stronie www.parpa.pl w zakładce „Informacje dla gmin”.

We wskazówkach merytorycznych dotyczących poszczególnych zajęć podano informacje odnośnie do tematów oraz ich zawartości. Dodano także wskazówki doprecyzowujące zagadnienia z danego obszaru. Do każdego z obszarów zaproponowano formę jego realizacji.

Proponowany program jest wskazówką dotyczącą wymagań w zakresie przeszkolenia osób wchodzących w skład gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych wskazanych w ustawie i nie stanowi obowiązującego prawa, a jedynie rekomendacje.

W opinii Agencji jego realizacja powinna zapewnić niezbędne, podstawowe przygotowanie dla każdego członka gminnej komisji do wykonywania zadań przewidzianych w ustawie.

Na liście podstawowych kompetencji każdego członka komisji (na podstawie przedstawianego programu) 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 współuzależnienie, sytuacja dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym;
- pierwszy kontakt z klientem gminnej komisji – osobą uzależnioną, zobowiązaną do leczenia odwykowego, dorosłym członkiem jej rodziny, osobą stosującą przemoc oraz osobą doświadczającą przemocy;
- zjawisko przemocy w rodzinie – aspekty prawne i psychologiczne, praca w zespołach interdyscyplinarnych i grupach roboczych, procedura „Niebieskie Karty” z uwzględnieniem roli gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych;
- 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, współuzależnionych doświadczających i stosujących przemoc, ich rodzaje i oferta oraz dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowych i dzieci w nich krzywdzonych z uwzględnieniem pracy socjoterapeutycznej;
- zasady wydawania i cofania zezwoleń 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.

Wszyscy członkowie komisji, niezależnie od tego, jakie zawody reprezentują, powinni posiadać przynajmniej podstawowy poziom interdyscyplinarnej wiedzy z zakresu rozwiązywania problemów alkoholowych w społeczności lokalnej. 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.

Z uwagi na to, iż działalność w GKRPA w dużej mierze polega na rozmowach z osobami potrzebującymi i szukającymi pomocy, 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.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych nie rekomenduje żadnych podmiotów realizujących szkolenia dla członków gminnych komisji, ale zwraca uwagę na wybór

takiego programu, który w pełni odpowiada podanym wyżej blokom 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 z klientem gminnej komisji były prowadzone w formie warsztatów, podczas których istnieje możliwość ćwiczenia konkretnych umiejętności. PARPA zwraca także uwagę, iż wykładowcy omawiający zagadnienia prawne (np. zagadnienia prawa karnego, cywilnego czy procesowego związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie, czy zagadnienia związane z wydawaniem i cofaniem zezwoleń oraz kontrolą punktów sprzedaży napojów alkoholowych) powinni posiadać wykształcenie prawnicze. Na wykształcenie prawnicze w tym przypadku zwraca także uwagę minister rodziny i polityki społecznej w Wytycznych do prowadzenia szkoleń w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

9.2. Zagadnienia związane z funkcjonowaniem gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych

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 k.p.a. dotyczące skarg i wniosków. Oznacza to, iż skarga na działanie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych (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 gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.

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 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, udzielanie 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 wnioski, udzielenie takich informacji nie będzie już możliwe.

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 regulacyjnych⁵³. 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.

Czy można powołać członka gminnej komisji na zastępstwo?

Zgodnie z art. 4¹ ust. 3. ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi „Wójtowie (burmistrzowie, prezydenci miast) powołują gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych (...)”.

Ustawa jasno określa, że powoływanie, a zatem i odwoływanie członków gminnej komisji, należy do kompetencji wójta/burmistrza/prezydenta miasta. Niemniej jednak ustawa nie przewiduje powołania osoby do gminnej komisji na zastępstwo w inny sposób niż przez odwołanie poprzedniego członka i powołanie w jego miejsce innego.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że skład gminnej komisji powinien umożliwiać efektywną realizację wszystkich zadań nałożonych na nią przepisami ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

⁵³ Ustawa z dnia 31 lipca 2019 roku o zmianie niektórych ustaw w celu ograniczenia obciążeń regulacyjnych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1495).

ROZDZIAŁ X

TRYBY REALIZACJI ZADAŃ Z ZAKRESU PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH

Wprowadzenie

Aby mieć pewność, w jakim trybie (i na podstawie jakiej ustawy) realizować dane zadanie z gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, 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) lub ustawie o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (w przypadku placówek wsparcia dziennego).

10.1. Tryby realizacji zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

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 programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, stanowiącego część strategii rozwiązywania problemów społecznych, uchwalanego corocznie przez radę gminy, uwzględniającego cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, określone w Narodowym Programie Zdrowia. Należy zatem przyjąć, że merytoryczną podstawą do finansowania zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych są zadania określone w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi 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;
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 zlecania 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, iż – co do zasady – w przypadku powierzania realizacji wszystkich zadań z zakresu zdrowia publicznego (zatem również zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych) 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.

Tryb przewidziany w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Ustawa o zdrowiu publicznym nie uniemożliwia dalszego stosowania przepisów działu II rozdziału 4 „Programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej” ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z art. 9a ww. ustawy, 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 (z uwzględnieniem uwag do tego przepisu ujętych w rozdziale II niniejszej publikacji).

Zakres świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzależnienia od alkoholu wyznacza Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 roku o świadczeniach gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Ustawa przewiduje, iż takie 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:

1. 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,
2. lub też taki podmiot leczniczy nie dysponowałby odpowiednim zapleczem (sprzętem i aparaturą medyczną lub personelem) dla realizacji określonych świadczeń,
3. czy też z innych powodów umowa z tym podmiotem leczniczym nie mogłaby zostać zawarta, jednostka ta będzie uprawniona do zawierania umów z „zewnątrznymi” podmiotami (które wykonują działalność leczniczą, funkcjonującymi na terenie tej jednostki), wyłonionymi w konkursie ofert.

Zgodnie z art. 9b ustawy „do konkursu ofert, o którym mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy art. 48b ust. 2-4 i 6”. Przepis art. 48b, mający zastosowanie do konkursu ofert, o którym mowa wyżej, wskazuje, iż: „2. O przeprowadzeniu konkursu ofert, o którym mowa w ust. 1, minister albo jednostka samorządu terytorialnego ogłasza w swojej siedzibie i na swojej stronie internetowej co najmniej na 15 dni przed upływem wyznaczonego terminu składania ofert. 3. W ogłoszeniu, o którym mowa w ust. 2, określa się w szczególności: 1) przedmiot konkursu ofert; 2) wymagania stawiane oferentom niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej; 3) termin i miejsce składania ofert. 4. W zakresie nieuregulowanym w ustawie do trybu przeprowadzenia konkursu ofert i zawarcia umów o realizację programu polityki zdrowotnej stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące przetargu”.

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 (por. art. 9b ust. 6). O zawarciu umowy jednostka samorządu terytorialnego jest obowiązana poinformować Prezesa Funduszu. Świadczeniodawca jest obowiązany przesyłać do wiadomości Funduszu w terminie do 10. dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni, kopię dokumentów rozliczeniowych przedstawianych jednostce samorządu terytorialnego (art. 9b ust. 7).

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.

Podsumowanie dotyczące ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

● Świadczenia gwarantowane:

Umowa zawierana pomiędzy jednostką samorządu terytorialnego a podmiotem leczniczym, dla którego ta jednostka jest podmiotem tworzącym lub podmiotem leczniczym będącym spółką kapitałową, w której jest jedynym albo większościowym udziałowcem, albo akcjonariuszem (art. 9b).

albo

Konkurs ofert na podstawie art. 48b ust. 2-4 i 6 w sytuacji finansowania świadczeń gwarantowanych, gdy świadczeniodawca nie jest podmiotem podległym.

● Programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej:

Jednostka samorządu terytorialnego, w ramach realizacji zadań własnych, może dofinansowywać programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej inne niż realizowane przez tę jednostkę, polegające na profilaktyce chorób. Wyboru realizatora tego programu dokonuje się w drodze konkursu ofert – art. 48b (vide art. 48c)

albo

Fundusz może przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych (vide art. 48d ust. 1).

Tryb przewidziany w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej dotyczący realizacji zadania na podstawie zawartej umowy

Zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej środki publiczne mogą być przekazywane wszystkim podmiotom leczniczym, a zatem zgodnie z art. 4 ww. ustawy: przedsiębiorcom we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej; samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej; jednostkom budżetowym, w tym państwowym jednostkom budżetowym, tworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony

Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadającym w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej; instytutom badawczym; fundacjom i stowarzyszeniom, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia, a statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej oraz posiadającym osobowość prawną jednostkom organizacyjnym tych stowarzyszeń; osobom prawnym i jednostkom organizacyjnym działającym na podstawie przepisów 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; jednostkom wojskowym w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Kryterium przekazywania środków nie jest zatem forma organizacyjno-prawna podmiotu czy tworzący go podmiot, a jedynie fakt, iż 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. 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 środków 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.

Jak wskazano powyżej, jednostki samorządu terytorialnego mogą obecnie – na podstawie przepisów ustawy o działalności leczniczej – przekazywać podmiotom leczniczym dotacje na ściśle określony cel, w tym inwestycje w nieruchomości, zakup aparatury medycznej, kształcenie kadry medycznej oraz prowadzenie programów profilaktycznych.

W myśl art. 115 ust. 1 ww. ustawy na realizację zadań, o których mowa w art. 114 ust. 1 pkt 1 i 4-7, podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą uzyskać środki finansowe na podstawie umowy zawartej:

-
1. ze Skarbem Państwa, reprezentowanym przez ministra, centralny organ administracji rządowej, wojewodę, a także z jednostką samorządu terytorialnego lub z uczelnią medyczną;
 2. z innym podmiotem uprawnionym do finansowania tych zadań na podstawie odrębnych przepisów.

Zgodnie z ust. 3 art. 115 ww. ustawy na realizację zadań, o których mowa w art. 114 ust. 1 pkt 1–6, podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą uzyskać od podmiotu, o którym mowa w ust. 1, z wyjątkiem uczelni medycznej, dotację w rozumieniu przepisów o finansach publicznych (z zastrzeżeniem ust. 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 r. 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 miałby 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

Wstęp

Ustawa z dnia 14 lutego 2020 roku o zmianie niektórych ustaw w związku z promocją prozdrowotnych wyborów konsumentów⁵⁴, 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. małpek.

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

⁵⁴ 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).

spraw finansów 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 przeznaczająca 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 o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi).

11.1. 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 przeciwdziałania 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 niewystarczającej 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 realizowanych już obecnie w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, takich jak prowadzenie świetlic czy programów profilaktycznych 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. Z tym że zadania te **muszą mieć związek z przeciwdziałaniem negatywnym skutkom spożywania alkoholu. Związek ten każdorazowo będą musiały wykazać gminy, które zdecydują się na finansowanie zadań nieujętych w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.** 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 PARPA, 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 PARPA 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 opłaty powinno się brać pod uwagę ich efektywność i skuteczność, tak jak przy pozostałych zadaniach finansowanych ze środków publicznych.

Podejmując 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 PARPA 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 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 (jeśli w życie wejdzie projekt ustawy o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw, druk sejmowy nr 1631, przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym będzie mogło stać się elementem gminnych programów) nie będą mogły być z tych środków finansowane.

11.2. 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 (...)”⁵⁵.

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 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 otrzymują informacje o wypełnieniu ankiety w wersji online.

11.3. Podejmowanie uchwały w sprawie wydatkowania środków pochodzących ze sprzedaży napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml

Jednocześnie pragniemy wskazać, że ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nie daje podstaw do przyjęcia żadnego aktu prawnego, z którego miałyby wynikać zakres ani zasady wydatkowania powyższych środków. Tym samym, zgodnie z zasadą zakazu domniemania kompetencji, art. 9³ powyższej ustawy, regulujący cele wydawania środków pochodzących z opłat, o których mowa wyżej, nie może stanowić podstawy do podjęcia uchwały. Wskazać jednak należy, że powyższe nie wyklucza możliwości przyjęcia aktu wewnętrznego na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2021 r. poz. 1372). Nie jest również wykluczone przyjęcie planu finansowania z tych środków jako załącznika podczas przyjmowania lokalnego budżetu. Taki dokument z pewnością byłby pomocny podczas kontroli i, być może, ograniczył ryzyko przygotowywania wyjaśnień już po dokonaniu finansowania dopiero podczas kontroli wydatków przez uprawniony organ.

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 przeznaczą 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

⁵⁵ 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>

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 publicznych⁵⁶ 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.

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 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.

⁵⁶ Ustawa 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.

ROZDZIAŁ XII

REKOMENDOWANE STAWKI FINANSOWE

12. 1. Charakterystyka poszczególnych form zajęć

Podstawowe rodzaje zajęć można określić następująco:

- **wykład** – jest zorganizowaną formą przekazu wiedzy słuchaczom przez jedną osobę i jest stosowany w ramach szkolenia/konferencji/sympozjum. Od wykładowcy należy oczekiwać udostępnienia konspektu wykładu zawierającego szkic podstawowych tez, które będą przedstawiane słuchaczom. Nie zaliczamy do wykładów zajęć opartych przede wszystkim na opowiadaniu swojej historii życia, doświadczeń osobistych itp. Wykładu nie może również stanowić przekazywanie informacji i wiedzy osobom uzależnionym w czasie terapii lub członkom rodzin, bardziej odpowiednim terminem jest tu psychoedukacja;
- **seminarium** – zorganizowana forma zajęć szkoleniowych, obejmująca wprowadzenie poznawcze do tematu oraz pracę własną w postaci udziału w dyskusji i przedstawiania przez uczestników przygotowanych wypowiedzi dotyczących wiedzy na określony temat;
- **warsztaty** – zorganizowana forma działalności szkoleniowej, obejmująca praktyczne ćwiczenie określonych umiejętności związanych z wykonywanym zawodem czy pełnioną funkcją, prowadzona na podstawie przygotowanego scenariusza określającego przebieg kolejnych sytuacji i ćwiczeń. Typowa liczba uczestników to 12–18 osób. Używanie terminu „warsztat” poza obszarem programu szkoleniowego jest mylące. Dla zajęć związanych z rozwijaniem umiejętności w programach terapeutycznych lub profilaktycznych bardziej stosownym określeniem są „ćwiczenia praktyczne”;
- **trening psychologiczny (interpersonalny, asertywności itp.)** – specjalistyczna metoda oddziaływania psychologicznego, służąca zmianie określonych zachowań, rozwojowi osobistemu oraz nabyciu nowych umiejętności intrapsychicznych lub interpersonalnych. Typowa liczba uczestników w grupie to 10–15 osób. Do prowadzenia treningu konieczne są:
 - ✓ specjalistyczne umiejętności trenera wynikające ze szkolenia w zakresie treningu psychologicznego,
 - ✓ uzgodnienie z uczestnikami celów i metody treningu oraz zawarcie kontraktu,
 - ✓ odpowiednie warunki organizacyjne (czas, miejsce zajęć).

Trening psychologiczny bywa stosowany w różnych kontekstach: jako element programów szkoleniowych, jako część programów terapii dla osób uzależnionych i współuzależnionych itp.

Oznacza to, że za prowadzenie treningu, w zależności od okoliczności, mogą być stosowane różne stawki wynagrodzenia.

- **dyżury i działania interwencyjno-wspierające** – tego typu działania są aktualnie najczęściej podejmowane w ramach różnorodnych programów przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Mogą być prowadzone przy pomocy wolontariatu, a więc nieodpłatnego zaangażowania określonych osób pragnących pomagać innym ludziom. W pewnych okolicznościach mogą być również prowadzone na zasadach usługi świadczonej profesjonalnie i odpłatnie. Dotyczyć mogą np. dyżurów w punktach konsultacyjnych, w czasie których udziela się prostych informacji i wskazówek osobiście lub telefonicznie. Przy organizowaniu takich działań pożądane jest rozważenie, jakiego rodzaju kwalifikacje są potrzebne oraz promowanie wolontariatu umocnionego odpowiednim przeszkoleniem. Należy zwrócić uwagę na specyfikę usług konsultacyjnych wymagających wyższych kompetencji;
- **konsultacje specjalistów** – związane są z zapraszaniem wysoko wykwalifikowanych specjalistów (lekarzy, psychologów, socjologów, prawników) do doradztwa w zakresie pojawiających się problemów związanych z realizacją programów profilaktycznych, terapeutycznych, interwencyjnych, które wymagają takich konsultacji;
- **superwizja** – to specyficzna metoda szkolenia osób zajmujących się pomocą psychologiczną; analizowanie (pod kierunkiem wysokiej klasy specjalisty) doświadczeń i wydarzeń zachodzących w procesie prowadzenia psychoterapii indywidualnej lub grupowej. Superwizja jako metoda wspomagania procesu pomocy klientom stosowana jest także w przypadku pracy grup roboczych/zespołów interdyscyplinarnych oraz w świetlicach realizujących programy socjoterapeutyczne adresowane do dzieci i ich rodziców.

12.2. Ustalanie stawek

Poniżej zaprezentowano stawki w odniesieniu do poszczególnych rodzajów zajęć. Należy podkreślić, że przedstawione poniżej zalecane limity stawek w formie tzw. widełek pozwalają na zróżnicowanie wynagrodzenia w zależności od m.in.: kompetencji prowadzących, miejsca realizacji, odległości i czasu dojazdu, tematu, grupy odbiorców itd. Określenie wynagrodzeń w wysokości zbliżonej do górnych limitów powinno być zastrzeżone dla osób z wyższym wykształceniem, o uznanych kompetencjach i specjalistycznym wykształceniu podyplomowym związanym z problematyką zajęć. W wyjątkowych przypadkach (przyjazd wybitnego specjalisty z odległej miejscowości na 1- lub 2-godzinny wykład) można zaakceptować podwyższenie stawki za wykład.

Poniższe stawki są podane w ujęciu brutto za godzinę dydaktyczną pracy.

W przypadku umów obejmujących etaty realizatorów zaleca się odstąpienie od stosowania stawek godzinowych i przyjęcie stawek odpowiednich dla wynagrodzenia etatowego.

Programy szkoleniowe dla przedstawicieli wybranych profesji

- **wykłady dydaktyczne** - wykład dydaktyczny powinien opierać się na konspekcie, którego udostępnienia może oczekiwać organizator szkolenia. Wysokość wynagrodzenia: **230-600 zł**. Stosowanie stawki powyżej **350 zł** powinno być zarezerwowane dla wykładowców z wyższym wykształceniem.

Seminaria i warsztaty treningi szkoleniowe dla profesjonalistów

- **seminaria i warsztaty** powinny być prowadzone na podstawie konspektu lub scenariusza, którego udostępnienie może być oczekiwane przez organizatora szkolenia, Przy zleceniu zadań zleceniodawca musi znać liczbę godzin, stawki, liczbę i wielkość grup oraz kwalifikacje prowadzących.

Wysokość wynagrodzenia **120-230 zł**.

- **treningi psychologiczne**. Trening jest prowadzony w małych grupach w ramach szkolenia profesjonalnego. Liczebność grup maksimum 15 uczestników przy jednym prowadzącym. Przy zleceniu zadań należy ujawnić zleceniobiorcy kwalifikacje prowadzących, liczbę i wielkość grup, przyjęte stawki oraz liczbę godzin zajęć.

Wysokość wynagrodzenia **120-190 zł**.

- **programy stażowe** - np. dla studentów, należy dołączyć do umowy program zajęć stażowych, a także wskazać opiekuna stażu. Staż powinien obejmować minimum 40 godz. wynagrodzenie dla opiekuna **120-230 zł** od jednej osoby odbywającej staż.

Zajęcia profilaktyczne i edukacyjno-rozwojowe dla dzieci, młodzieży, rodzin oraz nieprofesjonalistów:

- **zajęcia profilaktyczne dla młodzieży** - wynagrodzenie **40-90 zł**,
- **zajęcia opiekuńczo-wychowawcze dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym** - wynagrodzenie **30-50 zł**,
- **zajęcia socjoterapeutyczne** - wynagrodzenie **40-90 zł**.

Przy zleceniu zadań należy ujawnić zleceniobiorcy kwalifikacje prowadzących, liczbę i wielkość grup, przyjęte stawki oraz liczbę godzin zajęć.

W przypadku programów socjoterapeutycznych uzasadnione jest finansowanie superwizji lub konsultacji dla zespołu. Stawki za superwizje dla członków zespołu socjoterapeutycznego mogą być ustalane w granicach 120-180zł.

Dyżury interwencyjno-wspierające

- **Systematyczne dyżury interwencyjno-wspierające**, wynagrodzenie **35–70 zł**.
- **Programy terapeutyczne oraz pomoc rehabilitacyjna dla osób uzależnionych i członków ich rodzin (w tym DDA):**
 - ✓ godzina psychoterapii indywidualnej w ramach programu terapeutycznego – wynagrodzenie **90–150 zł**,
 - ✓ godzina psychoterapii grupowej w ramach programu terapeutycznego – wynagrodzenie **110–180 zł**,
 - ✓ dla pacjentów w programach terapeutycznych – wynagrodzenie **50–90 zł**,
 - ✓ superwizja indywidualna lub grupowa specjalistów psychoterapii uzależnień mikroedukacja i instruktorów terapii uzależnień – wynagrodzenie **140–230 zł**.

Działania interwencyjno-wspierające dla członków rodzin, w których występują problemy alkoholowe:

- **systematyczne dyżury interwencyjno-wspierające** – wynagrodzenie **50–80 zł**,
- **oddziaływania edukacyjno-korekcyjne dla sprawców przemocy** – wynagrodzenie **50–80 zł**,
- **konsultacje specjalistów (prawnik, lekarz, psycholog kliniczny)** – wynagrodzenie **60–90 zł**,
- zajęcia terapeutyczne dla osób doświadczających przemocy **50–80 zł**. Przyjmuje się zasadę, że przy zajęciach prowadzonych w małych grupach finansuje się zatrudnienie tylko jednej osoby prowadzącej (jeżeli grupa nie przekracza 10–15 osób). Wyjątek mogą stanowić specjalistyczne zajęcia dla dzieci z rodzin alkoholowych oraz specjalistyczna psychoterapia DDA. Wymagane jest, aby osoby realizujące zadania terapeutyczne posiadały doświadczenie merytoryczne w pracy w placówkach profesjonalnych.

12.3. Inne zadania i zalecane stawki

- **Teksty autorskie zatwierdzone do publikacji i rozpowszechniania** – uśrednione stawki autorskie to **50–130 zł** za stronę znormalizowanego maszynopisu, tj. 1800 znaków.
- **Tłumaczenia tekstu 50–80 zł** (w zależności od terminu) za znormalizowaną stronę maszynopisu.
- **Wytwarzanie i zlecenie innych materiałów edukacyjno-terapeutycznych (filmy, plakaty itp.).**

Ustalając wynagrodzenia w tym obszarze należy oszacować liczbę godzin potrzebnych do faktycznego wykonania dzieła i posłużyć się stawką godzinową podobną do wynagrodzeń za warsztatową działalność szkoleniową, w przypadku rozliczania kosztów delegacji służbowych należy:

umieścić odpowiednie zadanie w gminnym programie np. „Podnoszenie kwalifikacji członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych oraz pełnomocnika poprzez udział w konferencjach, szkoleniach, warsztatach oraz związane z tym koszty udziału i dojazdu”; określić, w jaki sposób będą rozliczane koszty wyjazdów, np. można odwołać się do

zarządzenia wójta/burmistrza w sprawie zwrotu kosztów podróży pracowników urzędu. Przy rozliczaniu tego zadania należy podać liczbę osób, tematykę i czas trwania szkolenia, instytucję szkolącą i rodzaj kosztów.

Jeżeli w ramach dotowanych zadań opracowywane są nowe technologie terapeutyczne, profilaktyczne, edukacyjne czy diagnostyczne, w umowach należy zadbać o to, aby znalazły się zapisy, które wskazują m.in., że autorzy przenoszą na publicznego zlecniodawcę majątkowe prawa autorskie wraz z prawami zależnymi do utworów wytworzonych podczas realizacji zamówienia w zakresie następującego pola eksploatacji: „bezpłatne upowszechnianie i korzystanie z tych technologii”.

12.4. Kalkulacja kosztów

- Przy sporządzaniu kalkulacji należy uwzględnić kwalifikacje prowadzących, liczbę godzin wykładowych i liczbę słuchaczy.
- Ustalając wynagrodzenie, należy także wziąć pod uwagę koszty związane z dojazdem, jakie ponosi wykładowca.
- Decyzje dotyczące limitu godzin dla poszczególnych typów zajęć w ciągu dnia podejmuje zlecniodawca, uwzględniając warunki i specyfikę szkolenia.

WYKAZ AKTÓW PRAWNYCH

Ustawy:

1. Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi – Dz.U. z 2021 r. poz. 1119.
2. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej – Dz.U. z 2020 r. poz. 1876.
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – Dz.U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.
4. Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców – Dz.U. z 2021 r. poz. 162.
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm.
6. Ustawa z dnia 20 maja 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1292).
7. Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się – Dz.U. z 2017 r. poz. 1824.
8. Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej – Dz.U. z 2020 r. poz. 821 z późn. zm.
9. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie – Dz.U. z 2020 r. poz. 1057 z późn. zm.
10. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy – Dz.U. z 2020 r. poz. 1320 z późn. zm.
11. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2020 r. o zmianie ustawy - Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw - Dz.U. poz. 956.
12. Ustawa z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami – Dz.U. z 2021 r. poz. 1212.
13. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym – Dz.U. z 2021 r. poz. 1372 z późn. zm.
14. Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym – Dz.U. z 2021 r. poz. 1956.
15. Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym – Dz.U. z 2020 r. poz. 176.
16. Ustawa z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych – Dz.U. z 2021 r. poz. 1129 z późn. zm.
17. Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych – Dz.U. poz. 1818.
18. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych – Dz.U. z 2019 r. poz. 1781.

19. Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego - Dz.U. z 2021 r. poz. 735 z późn. zm.
20. Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego - Dz.U. z 2021 r. poz. 1805 z późn. zm.
21. Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych - Dz.U. z 2020 r. poz. 755 z późn. zm.
22. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego - Dz.U. z 2020 r. poz. 685.
23. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy - Dz.U. z 2021 r. poz. 53 z późn. zm.
24. Ustawa z dnia 4 lipca 2019 r. o zmianie ustawy - Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1469 z późn. zm.).
25. Ustawa z dnia 22 marca 2018 r. o komornikach sądowych - Dz.U. z 2021 r. poz. 850 z późn. zm.
26. Ustawa z dnia 28 lutego 2018 r. o kosztach komorniczych - Dz.U. z 2021 r. poz. 210 z późn. zm.
27. 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.
28. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych - Dz.U. z 2021 r. poz. 305 z późn. zm.

Rozporządzenia:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień - Dz.U. poz. 1285 z późn. zm.
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2012 r. 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 2019 r. poz. 140 z późn. zm.
3. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 13 października 2015 r. w sprawie wymagań lokalowych i sanitarnych, jakie musi spełniać lokal, w którym ma być prowadzona placówka wsparcia dziennego - Dz.U. poz. 1630.
4. Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 września 2015 r. 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.
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2003 r. 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.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu Dz.U. Nr 250, poz. 1883 z późn. zm.

Akty prawa unijnego:

1. 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, str. 1 z późn. zm.