

Rekomendacje

do realizowania i finansowania
gminnych programów
profilaktyki i rozwiązywania problemów
alkoholowych w 2020 roku



Zespół redaktorów i recenzentów:
Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Projekt graficzny, skład i łamanie:
Piotr Szymanik

Korekta:
Katarzyna Kulesza

Copyright © Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

ISBN 978-83-88075-54-4

Wydanie I
Warszawa 2019

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	
Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu.....	7
ROZDZIAŁ II	
Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie.....	28
ROZDZIAŁ III	
Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży	43
Rozdział IV	
Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych	71
Rozdział V	
Podjęcie 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.....	78
ROZDZIAŁ VI	
Wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej	88
Rozdział VII	
Instytucja zobowiązania do leczenia odwykowego.....	92
ROZDZIAŁ VIII	
Kompetencje członków gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych	105
Rozdział IX	
Tryby realizacji zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.....	109
Rozdział X	
Możliwości gmin w zakresie ograniczania dostępności fizycznej alkoholu	116
Rozdział XI	
Rekomendowane stawki finansowe	118
Wykaz aktów prawnych	123

Wstęp

Szanowni Państwo,

zmiany wprowadzone w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w roku 2018 dały samorządom nowe kompetencje. Przedstawiciele władz lokalnych mogą m.in. decydować o ograniczeniu sprzedaży alkoholu w godzinach od 22:00 do 6:00 rano. Ograniczenia w nocnej sprzedaży alkoholu dobrze wpisują się w realizację rekomendowanych przez Światową Organizację Zdrowia, konkretnych działań, mających wpływ na ograniczenie problemów powodowanych przez picie alkoholu. Zmniejszenie dostępności fizycznej alkoholu jest jednym z trzech najważniejszych postulatów. Dwa pozostałe to podniesienie cen alkoholu i wprowadzenie zakazów i ograniczeń w sprawie reklamy alkoholu.

Przedstawiciele wielu samorządów zdecydowali się na przyjęcie tego rozwiązania, wprowadzając ograniczenia w nocnej sprzedaży alkoholu. Rok obowiązywania nowych rozwiązań nie pozwala na pełną diagnozę. Jednak opinie docierające do PARPA wskazują na pozytywne skutki wprowadzonych zmian, szczególnie w obszarze porządku publicznego.

W ostatnich latach regularnie wskazujemy w *Rekomendacjach* na potrzebę zwiększenia jakości działań kierowanych do dzieci, młodzieży, a także całych rodzin, w których występują różne problemy powodowane przez alkohol.

W rozdziale *Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie* opisujemy działania rekomendowane do realizacji w specjalistycznych placówkach wsparcia dziennego. Na potrzebę realizacji programów w tych placówkach i ich skuteczność, zwróciła uwagę w swoim wystąpieniu pokontrolnym Najwyższa Izba Kontroli. Co ważne, wskazała także na potrzebę podniesienia jakości działań m.in. poprzez zwiększenie kadry specjalistów i formy ich zatrudnienia, a także na zwiększenie dostępności do oferty placówek, tak aby udzielane wsparcie miało miejsce jak najbliżej miejsca zamieszkania uczestników programów.

Równie ważnym obszarem wymagającym ciągłego podnoszenia jakości działań jest profilaktyka. Rozdział *Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży* zawiera wiele informacji i wskazówek do tego, w jaki sposób organizować działania i wdrażać programy o potwierdzonej skuteczności, oparte na dowodach naukowych.

W 2019 roku Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła szeroką kontrolę m.in. samorządów gminnych dotyczącą działań w zakresie profilaktyki uzależnienia od alkoholu, sprawdzając rzetelność realizacji zadań na rzecz poprawy skuteczności działań profilaktycznych. Zawarte w *Rekomendacjach* treści pozwalają na usystematyzowanie wiedzy w zakresie planowania i wdrożenia skutecznych programów profilaktycznych. Wskazują na rekomendowane programy profilaktyczne, dostępne do wdrożenia w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.

Mamy nadzieję, że *Rekomendacje* okażą się dla Państwa przydatne przy opracowaniu gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Realizując je, należy bezwzględnie przestrzegać zasady, aby każde zadanie miało merytoryczny związek z obszarem profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz służyło ograniczeniu problemów związanych z alkoholem.

Zespół Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych



ROZDZIAŁ I

Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu

Wprowadzenie

Zrealizowane w Polsce badania epidemiologiczne pozwalają szacować liczbę osób uzależnionych od alkoholu na ok. 600 tys., zaś osób pijących alkohol szkodliwie – na ok. 2,5 mln¹.

Na mocy art. 21 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2018 r., poz. 2137 ze zm.) leczenie osób uzależnionych od alkoholu odbywa się w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych, wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018, poz. 2190 ze zm.). Przepisy ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nie dopuszczają możliwości leczenia osób uzależnionych poza podmiotami leczniczymi. Zatem ośrodki i gabinety, które nie posiadają wpisu do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez urząd wojewódzki, nie mają prawa leczyć osób uzależnionych. Kierując więc osobę uzależnioną do leczenia czy też rozważając dofinansowanie programu leczenia w placówce, należy sprawdzić, czy jest ona zarejestrowana w spisie podmiotów prowadzących działalność leczniczą.

Najistotniejsze rozporządzenia Ministra Zdrowia, opisujące funkcjonowanie placówek leczenia uzależnienia od alkoholu: w *sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu* (Dz.U. z 2018 r. poz. 2410) oraz w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* (Dz.U. z 2019 r. poz. 1285), używają w swoich tytułach określenia „uzależnienie”, jednak w rzeczywistości obejmują wskazania do leczenia w tych placówkach osoby z różnymi rodzajami zaburzeń związanych z używaniem

¹ Moskaiewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. (red.), *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań pn. Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.

alkoholu, nie tylko osoby uzależnione. Pacjentami placówek leczenia uzależnienia od alkoholu są również osoby używające innych niż alkohol substancji psychoaktywnych (najczęściej łącznie z alkoholem), osoby mające rozpoznanie zaburzeń nawyków i popędów oraz członkowie rodzin dotkniętych tymi zaburzeniami. Choć osoby uzależnione stanowią większość pacjentów tych placówek, to jednak trzeba mieć świadomość, że **używając określenia „uzależnienie”, ustawodawca nie zawsze desygnuje je do wąskiej kategorii osób mających nozologiczną diagnozę uzależnienia od alkoholu**. Z różnorodności kategorii osób leczonych w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu wynika konieczność poszerzania i uelastyczniania ofert pomocowych.

W procesie diagnozowania zaburzeń związanych z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, zaburzeń nawyków i popędów, jak również innych zaburzeń psychicznych uczestniczą lekarze psychiatry, specjaliści psychoterapii uzależnień i psychologowie z doświadczeniem klinicznym. Do ostatecznego postawienia diagnozy nozologicznej, w tym diagnozy uzależnienia od alkoholu, uprawniony jest lekarz.

Podstawową metodą leczenia zaburzeń związanych z używaniem alkoholu jest psychoterapia. Leczenie medyczne ma wymiar wspomagający psychoterapię i jest nakierowane na usuwanie powikłań spowodowanych szkodliwym używaniem alkoholu (w tym leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych), farmakologiczne wsparcie oddziaływań psychoterapeutycznych oraz leczenie współwystępujących zaburzeń. W Polsce zarejestrowano cztery substancje przeznaczone do leczenia uzależnienia od alkoholu: disulfiram, akamprozat, naltrekson i nalmefen. Zważywszy na niepożądane działanie uboczne disulfiramu (Anticol, Esperal), nie powinien on być stosowany przez dłuższy czas. Anticol (tabletki) może być zalecany czasowo i tylko pod kontrolą lekarza, jako wsparcie oddziaływań psychologicznych czy psychoterapeutycznych u osób mających trudności z utrzymaniem abstynencji. Esperal (implant) w ogóle nie powinien być stosowany z powodu dowiedzionej nieskuteczności. Pozostałe leki zarejestrowane w leczeniu uzależnienia od alkoholu – naltrekson, akamprozat i nalmefen – wzmacniają skuteczność oddziaływań psychologicznych, jednak stosowane jako jedyna metoda leczenia osób uzależnionych, nie wykazują satysfakcjonującego efektu terapeutycznego. Leki te nie są objęte refundacją NFZ.

Zalecane jest, aby poza uczestnictwem w psychoterapii osoby uzależnione korzystały również z oferty ruchów samopomocowych; przede wszystkim, aby systematycznie uczestniczyły w mityngach Wspólnoty Anonimowych Alkoholików (AA) oraz w zajęciach organizowanych przez stowarzyszenia abstynenckie. Badania dowodzą, że aktywne uczestnictwo w grupach samopomocowych wzmacnia efekty leczenia uzależnienia².

² Miller W.R., Forchimes A.A., Zweben A., *Terapia Uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014, s. 260–281.



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 placówki odwykowej 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 społecznej (Dz.U. z 2019 r. poz. 1507, ze zm.), 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

Jak to już zostało wspomniane powyżej, art. 21 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi zawęża 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 pielęgniarzką lub lekarską praktykę zawodową czy też podmiotom niewpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej podmiotami leczniczymi są:

- przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 roku – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2019 r., poz. 1292) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej;
 - samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej;
 - jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe, tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej;
 - instytuty badawcze;
 - fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej;
 - posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa w powyższym punkcie;
 - osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów ustaw: o stosunku Państwa do Kościoła katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania;
 - jednostki wojskowe;
- w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

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

1. ustawy o działalności leczniczej lub
2. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1590 ze zm.)

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

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

- realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji, koniecznych do realizacji tych zadań;
- remonty;
- inne niż określone w pkt 1 inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego;
- realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) lub innych niż wymienione 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.

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 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 pro-

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

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

15 lipca 2016 roku weszła w życie ustawa z dnia 10 czerwca 2016 roku o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2016 r. poz. 960), która wprowadziła art. 9a i art. 9b do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określające zasady finansowania świadczeń gwarantowanych przez jednostki samorządu terytorialnego dla mieszkańców wspólnoty samorządowej.

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. Zgodnie natomiast 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, uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Zmiana określa wyraźnie podstawę prawną dla tych działań i przewiduje przyznanie jednostkom samorządu terytorialnego kompetencji do finansowania 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 uzależnień.

Ustawa przewiduje, że 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 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 „zewnątrznymi” podmiotami, wykonującymi działalność leczniczą, funkcjonującymi na terenie tej jednostki, wyłonionymi w konkursie ofert.

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

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 musi 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.

Działania rekomendowane do realizacji w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu

Programy psychoterapii uzależnienia od alkoholu

Badania dowodzą³, 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 żywioowymi oraz rozwój osobisty.

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

Zespół doradców ds. lecznictwa odwykowego dyrektora PARPA opracował w 2016/2017 roku propozycje schematu i opisu programów terapii zaburzeń związanych z używaniem alkoholu w polskich placówkach leczenia uzależnień. Opisy programów znajdują się 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 ilości są przewidziane dla każdego pacjenta oraz kto (chodzi o określone kwalifikacje pracowników) będzie je realizował.

Zgodnie z art. 22 ustawy o wychowaniu w trzeźwości 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 świadczeń⁴. Oznacza to, że

³ IX Raport Specjalny dla Kongresu USA, Wydawnictwo Edukacyjne PARPA, Warszawa 2002.

⁴ § 11 ust. 2 pkt. 1–2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 r. w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu.

WOTUW-y mogą służyć samorządom gminnym pomocą w ocenie zasobów i potrzeb lecznictwa odwykowego. Lista WOTUW-ów znajduje się na stronie internetowej: www.parpa.pl w zakładce „Lecznictwo odwykowe”.

Poziom finansowania świadczeń w zakresie leczenia uzależnień przez NFZ 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 terapeutycznej⁵. 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 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)⁶. Są kierowane do osób z rozpoznaniem łagodniejszej formy uzależnienia oraz do osób pijących alkohol szkodliwie.

⁵ Miller W., *Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji*. Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2009.

⁶ Za: *Zalecenia do tworzenia i realizowania programów ograniczania picia alkoholu w placówkach leczenia uzależnień*, PARPA, Warszawa 2016, www.parpa.pl.

Rekomenduje się poszerzanie ofert placówek leczenia uzależnienia od alkoholu o programy skierowane 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 spożywa-

nia 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 dla osoby pijącej i jej otoczenia. 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, rozwiązywania 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”.

Inne rekomendowane przez PARPA formy dofinansowania placówek leczenia uzależnienia od alkoholu

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

Dofinansowanie obligatoryjnych szkoleń do 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. Nie może on pracować samodzielnie, jedynie w zespole, 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:

- tytuł zawodowy lekarza, tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub tytuł magistra uzyskany po kierunkach: psychologia, pedagogika, pedagogika specjalna, socjologia, resocjalizacja, nauki o rodzinie, teologia lub filozofia albo inny tytuł niż wyżej wymienione, dopuszczony na podstawie obowiązujących wcześniej przepisów;
- certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień nadany przez dyrektora PARPA.

Instruktor terapii uzależnień to osoba, która posiada:

- wykształcenie średnie, wyższe – licencjat bądź wyższe magisterskie o kierunkach innych niż wymienione powyżej;
- certyfikat instruktora terapii uzależnień nadany przez dyrektora PARPA.

Osoba w trakcie zdobywania kwalifikacji specjalisty psychoterapii uzależnień posiada:

- tytuł zawodowy lekarza, tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub tytuł magistra uzyskany po kierunkach: psychologia, pedagogika, pedagogika specjalna, socjologia, resocjalizacja, nauki o rodzinie, teologia lub filozofia albo inny tytuł niż wyżej wymienione, dopuszczony na podstawie obowiązujących wcześniej przepisów;
- zaświadczenie wydane przez dyrektora PARPA potwierdzające status osoby uczestniczącej w programie szkolenia prowadzącym do uzyskania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień.

Osoba w trakcie zdobywania certyfikatu instruktora terapii uzależnień posiada:

- wykształcenie średnie, wyższe – licencjat bądź wyższe magisterskie o kierunkach innych niż wymienione powyżej;
- zaświadczenie wydane przez dyrektora PARPA potwierdzające status osoby uczestniczącej w programie szkolenia prowadzącym do uzyskania certyfikatu instruktora terapii uzależnień.

Osoby pozostające w trakcie zdobywania certyfikatu powinny wystąpić do dyrektora PARPA o wydanie im zaświadczenia potwierdzającego ich status osoby uczestniczącej w programie szkolenia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień. Jeżeli takie osoby są zatrudnione w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu finansowanych przez NFZ, muszą mieć takie zaświadczenie, aby móc wykonywać świadczenia zdrowotne.

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 specjaliści psychoterapii uzależnień.

Program szkolenia składa się z następujących etapów:

Etap pierwszy: 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.

Etap drugi: staż kliniczny w akredytowanych 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.

Etap trzeci: superwizja kliniczna pod kierunkiem osoby uprawnionej do prowadzenia takiej superwizji w ramach programu szkolenia, w wymiarze nie mniejszym niż 70 godzin dydaktycznych.

Zakończeniem programu szkolenia jest egzamin certyfikacyjny. W połowie 2019 roku certyfikaty specjalistów psychoterapii uzależnień posiadało już 1994 osoby, zaś instruktorów terapii uzależnień – 449 osób.

Tryb zdobywania tytułów specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień **regulowało uchylone z dniem 31 grudnia 2018 roku** rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (Dz.U. z 2012 r. poz. 734) oraz zarządzenie nr 13 Dyrektora Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

z dnia 1 lipca 2012 roku (z późn. zmianami) w sprawie zasad organizacji systemu uzyskiwania kwalifikacji zawodowych potwierdzonych certyfikatami: specjaliści psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień, publikowane na stronie PARPA: www.parpa.pl.

W związku z wejściem w życie z dniem 31 grudnia 2018 roku rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 roku w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu **od 31 grudnia 2018 roku nastąpiły 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 nowymi 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 planują rozpocząć szkolenie w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień po 31 grudnia 2018 roku, mogą rozpocząć naukę wyłącznie w ścieżce szkolenia prowadzonej przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN).
- Osoby, które rozpoczęły szkolenie przed dniem 31 grudnia 2018 roku – mogą je kontynuować, przy czym za szkolenie rozpoczęte rozumie się sytuację, gdy:
 - ✓ szkoła zrealizowała część zajęć przed końcem 2018 roku i kontynuuje szkolenie,
 - ✓ szkoła dokonała rekrutacji uczestników przed dniem 31 grudnia 2018 roku, a zajęcia rozpoczynają się po tym dniu. W tym przypadku, na wniosek o potwierdzenie statusu osoby uczestniczącej w programie szkolenia, składanym do PARPA przez osoby, które rozpoczęły naukę najwcześniej po pierwszej sesji zajęć, szkoły muszą potwierdzić fakt, że uczestnik został zrekrutowany przed dniem 31 grudnia 2018 roku.
- 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.
- Od 31 grudnia 2018 roku szkoły akredytowane w programie PARPA nie mają prawa rekrutacji nowych uczestników szkoleń. W praktyce oznacza to wygaszanie programu szkolenia prowadzonego od 1998 roku przez Agencję.
- Ośrodki stażowe mogą prowadzić staże do 31 grudnia 2023 roku, pod warunkiem posiadania ważnej akredytacji PARPA.

- Osoby uprawnione do prowadzenia superwizji klinicznej do celów szkoleniowych zachowują swoje uprawnienia.
- Osoby wpisane na listę osób uprawnionych do prowadzenia superwizji klinicznej w programie szkolenia PARPA mogą realizować superwizję na dotychczasowych zasadach do połowy 2024 roku, tak aby ostatni uczestnicy superwizji zdążyli zakończyć ją przed ostatnim egzaminem w drugiej połowie 2024 roku.

Dofinansowanie doskonalenia zawodowego pracowników lecznictwa odwykowego

Poza udziałem w obowiązkowych 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.

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, 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 przygotuje 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 dyskreję 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. Całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu powinien mieć sale do prowadzenia sesji psychoterapii grupowej i gabinety do prowadzenia sesji psychoterapii indywidualnej. Samorząd terytorialny może przekazać środki na zapewnienie właściwych warunków materialnych (i lokalowych) do prowadzenia terapii.

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.: alkomat, 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. Właściwa jednostka samorządu terytorialnego może pomóc w uzupełnieniu wyposażenia placówki, ułatwiając jej realizację programów leczenia.

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. Systematyczne nabywanie materiałów edukacyjnych na rzecz placówek leczenia uzależnienia od alkoholu bardzo 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 rozważyć pomysł utworzenia ambulatoryjnej placówki terapii uzależnienia. Podjęcie takiej decyzji przez radę gminy (związek gmin) i wpisanie jej jako jednego z zadań realizowanych w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych może oznaczać 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.

Inne działania na rzecz osób pijących alkohol szkodliwie i uzależnionych

Tworzenie oferty 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.

W Warszawie, z inicjatywy PARPA oraz przy zaangażowaniu Urzędu Miasta i przedstawiciele środowiska osób głuchych, zrealizowano pilotażowy projekt, którego celem było nauczenie osób głuchych podstawowych umiejętności udzielania pomocy psychologicznej i umiejętności w zakresie psychoterapii uzależnień. Kilkanaście osób przeszło długie, trzyletnie szkolenia i obecnie są one zatrudnione w punktach konsultacyjnych w Warszawie. Agencja wspiera także funkcjonowanie strony internetowej www.pa-nieslyszacy.info (treści na stronie dostępne są również w tłumaczeniu na język migowy) oraz telefonu 601 436 000 (opłata za połączenie zgodna z cennikiem operatora), zapewniającego osobom głuchym możliwość kontaktu (za pomocą wideokonferencji) z terapeutą posługującym się językiem migowym.

Rekomenduje się także finansowanie nauki języka migowego dla specjalistów psychoterapii uzależnień, szkoleń w obszarze leczenia osób uzależnionych dla psychologów będących doradcami osób z uszkodzonym słuchem lub finansowanie pracy tłumaczy migowych, przynajmniej na etapie pierwszego kontaktu osoby niesłyszącej z placówką.

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.

Warto także zauważyć, że ustawa z dnia 22 lutego 2013 roku o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2013 r. poz. 509) rozszerzyła katalog typów domów pomocy społecznej o domy dla osób uzależnionych od alkoholu. Aktualnie działają już w polskich domach pomocy społecznej 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 za 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, stresy 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 osób starszych 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 starszym wieku powinno być istotnym tematem 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.

Prowadzenie punktów konsultacyjnych dla osób uzależnionych i ich rodzin

W Polsce działa ponad 2 tys. punktów konsultacyjnych, które udzielają pomocy osobom uzależnionym i członkom rodzin z problemem alkoholowym. Powinny być one tworzone 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. Warto podkreślić, że priorytetem gminnego programu jest wspieranie w pierwszej kolejności rozwoju profesjonalnych programów terapii uzależnienia w placówkach leczniczych, a dopiero później tworzenie punktów konsultacyjnych.

Punkty konsultacyjne pełnią ważną rolę w lokalnym systemie pomocy, jednak do ich zadań nie należy prowadzenie psychoterapii osób uzależnionych, która jest zbiorem świadczeń zdrowotnych, a te udzielane są wyłącznie przez podmioty prowadzące działalność leczniczą. Zatem punkty konsultacyjne nie są (i nie mogą być!) alternatywą czy konkurencją dla placówek leczenia uzależnień.

Obecnie oferta punktów konsultacyjnych stała się bardziej interdyscyplinarna, a ich zadaniem jest zdiagnozowanie problemów całej rodziny i zaplanowanie pomocy dla wszystkich jej członków (dorosłych i dzieci). **W przypadku podejrzenia występowania uzależnienia właściwą formą pomocy jest skierowanie do placówki leczenia uzależnienia od alkoholu.**

Przykładem interdyscyplinarności porad jest sytuacja, w której do punktu zgłasza się żona w sprawie pijącego męża. Konsultant powinien podjąć próbę zdiagnozowania innych problemów, jakie mogą występować w tej rodzinie, np. przemoc, zaniedbywanie dzieci, problem pijących nastolatków, ubóstwo. W związku z tym osoby dyżurujące w punkcie konsultacyjnym muszą być interdyscyplinarnie przeszkolone w zakresie różnych zjawisk, które występują w rodzinie z problemem alkoholowym oraz możliwych do zaproponowania rozwiązań. Powinny posiadać umiejętności w zakresie udzielania pomocy psychologicznej (nawiązanie kontaktu, przeprowadzenie interwencji kryzysowej, udzielenie wsparcia, motywowanie, poradnictwo) oraz mieć wiedzę na temat:

- picia szkodliwego, uzależnienia, współuzależnienia, sytuacji dzieci w rodzinie alkoholowej;
- zjawiska przemocy w rodzinie, problemów pijących nastolatków;
- 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. Rekomendowanym rozwiązaniem jest zatrudnienie na kilka godzin w tygodniu specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień, który pracuje w placówce leczenia uzależnienia. Ważną umiejętnością osób zatrudnianych w punktach konsultacyjnych jest skuteczne motywowanie klientów do zmiany szkodliwych zachowań. Metodą godną polecenia z racji dowiedzionej naukowo skuteczności jest dialog motywujący. Jeśli to możliwe, należy zadbać o przeszkolenie personelu punktu w tym zakresie oraz nadzór superwizyjny nad pracą pracowników punktu, sprawowany przez specjalistę psychoterapii uzależnień i/lub terapeutę motywującego.

Aby dokonać właściwej oceny działalności punktu, kompetencji pracujących tam osób oraz organizacji szkoleń i staży, warto zasięgnąć opinii kierownika wojewódzkiego ośrodka terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia.

Podstawowe zadania punktu konsultacyjnego:

- 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 stosownego wsparcia i informacji o możliwościach uzyskania pomocy i powstrzymania przemocy;
- 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.

Punkty konsultacyjne mogą być prowadzone przez samorząd terytorialny, 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 oraz nie będą dzwoniły telefony służbowe.

ROZDZIAŁ II

Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie

Programy psychoterapii dla dorosłych członków 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 zaoferowanie pomocy zarówno rodzinie jako całości, jak i poszczególnym jej członkom.

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

Dofinansowanie pracy terapeutycznej z rodziną

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 i pogłębionym terapię par, terapię rodzinną lub wybrane treningi zachowań, np. komunikacji rodzinnej, umiejętności wychowawczych, budowania bliskości. Prowadzenie terapii rodzinnej wymaga ukończenia psychoterapii systemowej. Specjaliści psychoterapii uzależnień nie są w większości przygotowani do tego zadania. Dodatkowych szkoleń wymaga też praca terapeutyczna z parą oraz wyspecjalizowane treningi umiejętności.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych podjęła działania mające na celu opracowanie projektu programu pracy terapeutycznej z parą, w której jedna z osób jest uzależ-

niona, możliwego do wdrożenia w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu oraz programu szkolenia specjalistów psychoterapii uzależnień do pracy z pacjentami i ich bliskimi.

Ogólnopolskie i wojewódzkie szkolenia terapeutów uzależnień w zakresie pracy z parą w tym programie trwają od 2013 roku. Opracowano podręcznik i film edukacyjny uczący prowadzenia krótkoterminowej terapii par, w których jeden z małżonków czy partnerów pozostaje w procesie leczenia uzależnienia. Materiały te są dystrybuowane przez PARPA do placówek leczenia uzależnień.

Dla gminy może to oznaczać możliwość zakupu programów zdrowotnych lub świadczeń z tego zakresu albo też pokrycie kosztów dodatkowych szkoleń dla pracowników placówek leczenia uzależnienia od alkoholu.

Programy psychoterapii 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 za jego funkcjonowanie, co w efekcie utrudnia jej konstruktywne rozwiązanie problemów. W konsekwencji zaistniałej sytuacji rodzinnej u osób współuzależnionych mogą wystąpić nasilone problemy zdrowotne: zaburzenia psychosomatyczne, emocjonalne, stresowe lub zaburzenia adaptacyjne. O współuzależnieniu mówi się wyłącznie w odniesieniu do osób dorosłych. Programy pomocy dla osób współuzależnionych najczęściej są realizowane w poradniach. Wszędzie tam, gdzie wysokość kontraktu z NFZ ogranicza możliwość efektywnego pomagania osobom cierpiącym z powodu rodzinnych obciążeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu, warto rozważyć zakup świadczeń lub programów psychoterapii dla osób współuzależnionych. Warto podkreślić, że w wyniku korzystnych zmian prawnych, 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 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 w pomaganiu DDA.

Pomaganie osobom z syndromem DDA może oznaczać dla gminy podjęcie działań w zakresie zakupu programów profesjonalnej pomocy dla tej grupy pacjentów (grup wsparcia, rozwoju osobistego, psychoterapii) oraz szkoleń podnoszących kompetencje specjalistów psychoterapii uzależnień w tym obszarze.

Pomoc dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym

Na podstawie badań naukowych określono, iż w Polsce 943 tys. dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat ma rodziców z problemami wynikającymi z picia⁷. 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) dzieci te 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. 4 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi). Pomoc ta może mieć różną formę, odbywać się w kontakcie indywidualnym lub mieć formę zajęć grupowych. Świetlica to popularna nazwa miejsca, gdzie udzielana jest pomoc dzieciom. Pojęcie świetlicy nie zostało jednak zdefiniowane w systemie prawnym. Zgodnie z prawem pomoc udzielana dzieciom może odbywać się w placówce wsparcia dziennego lub mieć formę programu realizowanego podczas zajęć. Placówki wsparcia dziennego (dalej jako: PWD) tworzone są i działają na podstawie przepisów ustawy z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2019 r. poz. 1111 ze zm.). 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

⁷ Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. (red.), *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska, op.cit.*

wsparcia dziennego (Dz.U. z 2015 r. poz. 1630), wydane na podstawie art. 18b ust. 3 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

Praca z dziećmi prowadzona jest również w miejscach, które nie są placówkami wsparcia dziennego. Miejsca te często nazywane są świetlicami, lecz od strony formalnej są zajęciami. Zajęcia te mogą być realizowane nawet kilka godzin dziennie, dowolną ilość razy w tygodniu i być uzupełnione o kontakt z rodzinami, pracę indywidualną z dziećmi, kontakty z innymi instytucjami. De facto merytoryczna praca w takiej świetlicy nie będzie się niczym różnić od pracy w placówce wsparcia dziennego.

Ze środków uzyskanych za wydawanie zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych (art. 18 pkt. 2 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). Natomiast w przypadku innych miejsc, gdzie prowadzone są zajęcia, nawet gdy nazywane są one świetlicami, można finansować jedynie koszty merytoryczne. Nie można natomiast nabywać środków trwałych, które po zakończonej realizacji programu stałyby się własnością podmiotu użyczającego miejsca na zajęcia.

Reasumując, korzystniej jest założyć PWD i w takiej formie pomagać dzieciom. Jeżeli jednak nie ma takiej możliwości, pomoc ta może mieć formę zajęć realizowanych w dowolnym wymiarze godzin tygodniowo. Możliwym rozwiązaniem dla gmin wiejskich jest tworzenie dwuosobowych zespołów przemieszczających się z miejsca do miejsca, pracujących z różnymi grupami dzieci. Z merytorycznego punktu widzenia byłoby to korzystniejsze rozwiązanie niż praca pojedynczych osób w mniejszej liczbie miejsc. Praca z grupą dzieci ma szansę być prowadzona w lepszy sposób w zespole, niż kiedy realizowana jest w pojedynkę.

W 2018 roku ponad 170 tys. dzieci korzystało z różnych form wsparcia – od pomocy w nauce, poprzez dożywianie, udział w różnego rodzaju zajęciach rozwojowych, aż po programy pomocy psychologicznej czy udział w grupowych zajęciach socjoterapeutycznych. Około 35% z tej grupy to dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.

W 46% gmin nie były prowadzone żadne działania pomocowe dla dzieci z rodzin alkoholowych. Dotyczy to zwłaszcza gmin wiejskich.

W raporcie Najwyższej Izby Kontroli pn. „Funkcjonowanie placówek wsparcia dziennego dla dzieci” z 2016 roku (KPS.410.007.00.2016, nr ewid. 24/2017/P/16/040/KPS) 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: M.J. Sochocki, B. Walczak pt. „Badanie organizacji i funkcjonowania miejsc pomocy dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym”⁸ z 2018 roku.

Oprócz pozytywnej oceny merytorycznej koncepcji funkcjonowania placówek oraz realizowanych w nich programów, w raporcie NIK zostały zawarte krytyczne uwagi wobec samorządów lokalnych, jako organów odpowiedzialnych za tworzenie systemu pomocy dzieciom: „Pomimo tego, iż placówki wsparcia dziennego odgrywają istotną rolę w systemie pomocy, władze lokalne nie przywiązują do ich funkcjonowania wystarczającej uwagi. Środki przeznaczone na funkcjonowanie placówek nie pokrywały w pełni zapotrzebowania, więc wychowawcy musieli zrezygnować 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 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 zaadaptowaniu się 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 objęto opieką jedynie 20% dzieci z rodzin, które korzystały z pomocy społecznej z powodu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych. Tylko w czterech skontrolowanych gminach przyznano, iż istniejące placówki nie w pełni pokrywały zapotrzebowanie na tego typu pomoc. W pozostałych 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.

⁸ Raport opracowany na zlecenie PARPA, 2018r. Materiał wewnętrzny PARPA.

W obecnej sytuacji rodzi się pytanie, jak zmotywować gminy do tworzenia PWD i innych miejsc pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym, zgodnych ze standardami przedstawionymi w ustawie o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej oraz z rekomendacjami PARPA.

Dane z ankiet PARPA-G1 z 2018 roku pokazują, że 46 318 078.30 zł zostało wydane na jednorazowe festyny i inne imprezy plenerowe, spektakle profilaktyczne, imprezy sportowe (turnieje, wyścigi, olimpiady itp.), czyli działania, które nie pełnią funkcji profilaktycznej, o nieznannej skuteczności, a o części z nich wręcz wiadomo, że nie są efektywne. Kwota wydana na tego typu działania stanowi 91% kwoty, którą przeznaczono w tym roku na działalność specjalistycznych placówek z programem socjoterapeutycznym i 61,6% kwoty przeznaczonej na działalność placówek opiekuńczych. 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. To badanie naukowe 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. szkoła⁹.

Pozytywny wpływ na dzieci uczęszczające do świetlicy wywiera możliwość identyfikowania się z miejscem, do którego regularnie przychodzi. Umieszczenie świetlicy w budynku szkoły może być niekorzystne z tego względu, że niektórzy 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 wyzwaniem 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 potrzebę doskonalenia kompetencji kadry na kursach i szkoleniach.

⁹ „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 w 2016 r.

Zgodnie z danymi z ankiety PARPA-G1 w 2018 roku specjalistyczne placówki wsparcia dziennego, realizujące program pomocy psychologicznej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, funkcjonowały jedynie w 268 gminach. 713 (mniej o 14 niż w poprzednim roku) takich specjalistycznych placówek wsparcia dziennego objęło pomocą blisko 24 tys. dzieci. Dodatkowo w 203 gminach prowadzono 524 zajęcia w formie specjalistycznej, a więc związanej z realizacją programu socjoterapeutycznego. Z tej formy pomocy skorzystało 13 833 tys. dzieci. Łącznie zatem program socjoterapii był realizowany w 1237 miejscach i objął swoim zasięgiem grupę 37 748 dzieci, a więc podobnie jak w roku poprzednim (średnio trzydzieścioro dzieci na jedną placówkę). Jednak pomimo faktu, iż są to programy specjalistyczne, liczba dzieci z rodzin z problemem alkoholowym objętych tym programem wynosi 45,5%. W 2018 roku w specjalistycznych miejscach realizujących program socjoterapii pracowało 3 025 wychowawców – jest to średnio 2,4 wychowawców na jedną placówkę. Zarówno dane dotyczące liczby wychowawców, jak i liczby dzieci przypadających średnio na jedną placówkę, jest to tendencja zgodna z wymogami bezpieczeństwa określonymi w rozporządzeniu 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.

Samorządy gminne w 2018 roku wydatkowały na funkcjonowanie placówek specjalistycznych 50 850 301,45 zł oraz 7 478 486,72 zł na prowadzenie zajęć z programem socjoterapeutycznym, co stanowi łącznie kwotę 58 328 788,2 zł. Trzy czwarte tych placówek było otwartych 4 dni w tygodniu lub więcej, czyli w sposób umożliwiający bardziej stabilne i systematyczne wspieranie dzieci.

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 jedynie 44,7% dzieci uczestniczących w zajęciach, to dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.

W 2018 roku w 766 gminach funkcjonowało 2 468 placówek, realizujących opiekuńczą formę pomocy. Z zajęć prowadzonych przez 4 414 wychowawców skorzystało 74 749 tys. dzieci. Dodatkowo 467 gmin prowadziło 1681 miejsc, w których były zajęcia o charakterze opiekuńczo-wychowawczym. Uczestniczyło w nich 44 143 dzieci. Zajęcia te prowadziło 2 724 wychowawców. Łącznie zatem w 2018 roku funkcjonowało 4 149 miejsc pomocy o charakterze opiekuńczym, a z ich ofert skorzystało 118 892 dzieci. W porównaniu z rokiem poprzednim odnotowujemy wzrost o 25 liczby placówek wsparcia dziennego z programem opiekuńczo-wychowawczym, przy jednoczesnym spadku blisko o 100 liczby zajęć o takim charakterze. W 2017 roku samorządy gminne na funkcjonowanie miejsc pomocy realizujących program opiekuńczy wydatkowały także nieznacznie większą kwotę – 7 478 486,72 zł. Dodatkową formą wyszczególnioną w sprawozdaniach za 2018 rok była po-

dwórkowa forma pracy z dziećmi z grup ryzyka. W 185 gminach działały 484 takie miejsca pomocy. Uczestniczyło w nich 14 449 tys. dzieci. Na pracę podwórkową wydatkowano 8 782 188,79 zł.

Precyzyjne określenie liczby miejsc wsparcia funkcjonujących w Polsce jest niemożliwe. Jak wykazała Najwyższa Izba Kontroli w raporcie zawierającym wyniki kontroli przeprowadzonej w 2016 roku, podmioty prowadzące ewidencję świetlic lub gromadzące dane w tym zakresie (MPRiPS, PARPA, GUS) przedstawiają rozbieżne dane. Tworzenie oraz rozwój systemu opieki nad dzieckiem należy do zadań własnych gminy. Samorządy realizują to zadanie m.in. poprzez prowadzenie placówek wsparcia dziennego i te są wykazywane w statystykach Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. W 2015 roku było ich 1 589. Takie placówki prowadzi jednak jedynie 18% (443) gmin. Funkcjonowanie placówek jest w większości finansowane ze środków przeznaczonych na realizację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, i jako takie wykazywane jest w ankiecie PARPA-G1. Nie dotyczy to jednak wszystkich placówek. Część z nich w całości jest finansowana z funduszy pomocy społecznej. Samorządy lokalne prowadzą natomiast inne formy pomocy i wsparcia dla dzieci z grup ryzyka, opisywane w sprawozdaniu jako zajęcia dla dzieci z grup ryzyka.

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 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:

1. gminę,
2. podmiot, któremu gmina zleciła prowadzenie placówki na podstawie art. 190 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej – a zgodnie z art. 190 ust. 2 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej do zlecenia realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, stosuje się ustawę z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2019, poz. 688 ze zm.) oraz
3. podmiot, który uzyskał zezwolenie wójta (warunki otrzymania zezwolenia wójta opisane są w art. 19 ustawy).

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 socjoterapeutycznej 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 uwzględniać 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);
 - ✓ 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 pracy (Dz.U. z 2019 r., poz. 1040 ze zm.). Rekomenduje się także zaangażowanie dwóch wychowawców do pracy z jedną grupą dzieci, w celu zapewnienia jak najlepszej jakości udzielanej pomocy.

Finansowanie zajęć socjoterapeutycznych lub opiekuńczo-wychowawczych dla dzieci z grup ryzyka, zwłaszcza dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.

Jeżeli na danym terenie nie ma możliwości stworzenia placówki wsparcia dziennego, program pomocy dzieciom z grupy ryzyka może być realizowany w formie zajęć socjoterapeutycznych lub opiekuńczo-wychowawczych prowadzonych w dowolnym miejscu, o ile spełnia ono wymogi bezpieczeństwa i komfortu pracy z dziećmi. Powinno się jednak zachować standardy zadań i celów przy prowadzeniu tego typu zajęć. Jeżeli zaś program realizowany w placówce bądź w innym miejscu nie spełnia merytorycznych założeń programu socjoterapii, to do jego określenia nie należy używać nazwy „socjoterapeutyczny”. Różnorodne zajęcia rozwojowe stanowią także element systemu pomocy i odgrywają bardzo ważną rolę w procesie pomagania dzieciom, zwłaszcza z rodzin dysfunkcyjnych. Przy organizacji tego typu zajęć dla dzieci z grupy ryzyka (socjoterapeutycznych, rozwojowych, wychowawczych itp.) 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.

Dofinansowanie 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, psychologowie, nauczyciele, którzy są zatrudnieni w tego typu placówkach lub deklarują gotowość podjęcia takiej pracy.

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

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

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

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.

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

Jak wykazały badania prowadzone przez PARPA, w grupie wiekowej 6–9 lat co najmniej 4 dzieci na 1000 ma pełnoobjawowy FAS oraz 20 na 1000 Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD). Oprócz uruchamiania programów diagnostyki i terapii tych dzieci, 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.**

Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie

Wprowadzenie

Zgodnie z zapisami art. 4¹ ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi „udzielanie pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrona 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. Jeszcze do niedawna na zadania związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie gminy przeznaczały ponad 6% wydatków w ramach gminnych programów. Tymczasem od 2017 roku na ww. zadania samorządy gminne wydają nieco ponad 5% środków przeznaczonych na profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych, tj. ok. 35 mln zł.

Nadużywanie alkoholu stanowi istotny czynnik ryzyka wystąpienia przemocy w rodzinie. W 2018 roku policjanci podjęli ponad 75 tys. interwencji (z wykorzystaniem procedury „Niebieskie Karty”) w sytuacji podejrzenia przemocy w rodzinie. Prawie 61% osób stosujących przemoc w rodzinie było pod wpływem alkoholu.

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 2018 roku członkowie gminnych komisji rozmawiali z prawie 32 tys. osób, które doznawały przemocy ze strony nadużywających alkoholu lub uzależnionych członków rodziny, z ponad 27,3 tys. osób, które, będąc pod wpływem alkoholu, krzywdziły swoich najbliższych oraz 9,5 tys. osób, które były świadkami takich zachowań.

Należy przypomnieć, że zadania dla samorządów lokalnych w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie wyznacza nie tylko ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholo-

lizmowi, ale także ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. z 2015 r. poz. 1390, ze zm.) oraz Krajowy program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych stanowiący część Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 i w ramach tych dwóch aktów prawnych powinny być prowadzone działania na rzecz ochrony rodzin przed przemocą.

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

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 osobom doznającym przemocy 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 osób stosujących przemoc w rodzinie – nie tylko odnoszących się do konsekwencji stosowania przemocy wobec najbliższych, ale także możliwości radzenia sobie ze złością lub agresją.

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

- prowadzenie lokalnych działań informacyjno-edukacyjnych na temat zjawiska przemocy w rodzinie, w tym przemocy wobec dzieci (czym jest przemoc, jakie są jej mechanizmy, jakie niesie ze sobą 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. Niezbędna jest wiedza na temat zjawiska przemocy w rodzinie, znajomość mechanizmów przemocy domowej, specyfiki funkcjonowania osób doznających przemocy i stosujących przemoc, standardów pracy interdyscyplinarnej, obowiązujących procedur i przepisów prawnych, a także umiejętność 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. Podniesieniu kompetencji i rozwijaniu

różnego rodzaju umiejętności służyć szkolenia, kursy, konferencje. Konieczne jest, aby prowadzone w ramach tych przedsięwzięć zajęcia miały także charakter praktyczny (warsztatowy), ponieważ taki rodzaj pracy sprzyja ćwiczeniom i udoskonalaniu pracy z klientem. PARPA zwraca uwagę na niepokojący fakt, jakim jest malejąca liczba gmin organizujących, finansujących lub dofinansowujących szkolenia dotyczące przeciwdziałania przemocy w rodzinie, w tym dotyczące procedury „Niebieskie Karty” (w 2017 roku – 891 gmin, w 2018 roku – 609 gmin; dane na podstawie ankiety PARPA-G1). Dodatkowo należy podkreślić malejącą aktywność członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w zakresie uruchamiania procedury „Niebieskie Karty” (w 2017 roku – 4.081 procedur, w 2018 roku – 3.927 procedur).

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. Pozwala to m.in. na analizę osobistych postaw wobec osób doświadczających przemocy i stosujących przemoc oraz przekonań na temat zjawiska przemocy w rodzinie, a tym samym przekłada się na bardziej profesjonalną i skuteczną pracę z klientem.

Rekomenduje się również, aby gminy zadbały o to, aby profesjonalści pracujący z członkami rodzin z problemem przemocy posiadali certyfikat specjalisty 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 stronie: www.parpa.pl

Zwiększenie dostępności i podniesienie jakości pomocy dla osób doznających przemocy w rodzinie, w szczególności z problemem alkoholowym

W informacji o wynikach kontroli z kwietnia 2016 roku pt. „Pomoc osobom dotkniętym przemocą domową” (KPS.410.004.00.2015 nr ewid. 48/2016/P/15/046/KPS) Najwyższa Izba Kontroli wskazała trudności w dostępie do specjalistycznych miejsc pomocy, które często są usytuowane

daleko od miejsca zamieszkania osób potrzebujących takiej pomocy. Zwróciła także uwagę, że w większości placówek brakuje specjalistów z zakresu pracy z dziećmi, poradnictwa prawnego, psychologicznego, rodzinnego czy medycznego. Zdaniem PARPA te problemy są ciągle aktualne. Z nadesłanych do Agencji ankiet PARPA-G1 wynika, że w 2018 roku zaledwie 8,2% gmin (205) finansowało zatrudnienie osób w placówkach pomagających osobom doznającym przemocy w rodzinie, a tylko 7,6% gmin (189) finansowało działające na ich terenie placówki oferujące pomoc osobom krzywdzonym przez najbliższych.

W związku z powyższym rekomenduje się kontynuowanie:

- tworzenia, wspierania i finansowania miejsc pomocy osobom doznającym przemocy w rodzinie – dorosłym i dzieciom – oferujących kompleksową i długofalową pomoc: psychologiczną, terapeutyczną (indywidualną i grupową), socjoterapeutyczną, socjalną, medyczną itp.;
- wspierania działalności grup samopomocowych (w tym grup wsparcia) dla osób doznających przemocy w rodzinie;
- zapewnienie dostępności specjalistów przygotowanych do pracy z członkami rodzin z problemem przemocy – dorosłymi i dziećmi;
- wdrażanie i finansowanie metod pracy z osobami doznającymi przemocy w rodzinie, mających na celu zwiększenie umiejętności i możliwości radzenia sobie z przemocą (programy, warsztaty itp.);
- 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).

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

Oczywistym jest, że chcąc skutecznie zatrzymać przemoc w rodzinie, należy pracować ze wszystkimi jej członkami. O ile oferta pomocy – w ramach tzw. pierwszego kontaktu – dla osób doznających przemocy jest dostępna, o tyle rozpowszechnienie programów dla osób stosujących przemoc nadal jest niskie. 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. Tymczasem z danych z ankiet PARPA-G1 wynika, że w 2018 roku gminy prowadziły 365 programów oddziaływań adresowanych do osób stosujących przemoc w rodzinie, a 91 z nich było finansowanych w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Należy podkreślić, że od 2016 roku widoczna jest wyraźna tendencja malejąca w zakresie aktywności samorządów lokalnych przy realizacji tego rodzaju programów (w 2016 roku – 528 programów, w 2017 roku – 471 programów). Jest to niepokojące zjawisko, ponieważ osoby stosujące przemoc, które trafiają do gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych oraz do punktów informacyjno-konsultacyjnych, motywowane są do uczestnictwa w takich programach. Ograniczona możliwość udziału w programie z uwagi na

jego niedostępność negatywnie wpływa na już i tak niską motywację osobistą osoby stosującej przemoc wobec najbliższych. Ponadto, nadal poważnym problemem jest rekrutacja uczestników takich programów, związana m.in. z niską liczbą orzekanych przez sądy obowiązków uczestnictwa ww. programach.

W związku z powyższym rekomenduje się:

- organizowanie szkoleń dla osób mających kontakt z osobami stosującymi przemoc w rodzinie na temat specyfiki funkcjonowania osób stosujących przemoc, podejmowania interwencji w oparciu o procedurę „Niebieskie Karty” oraz uruchamiania procedur prawno-karnych;
- organizowanie szkoleń i konferencji służących podniesieniu kompetencji w zakresie nawiązywania kontaktu oraz motywowania do zmiany zachowania, w tym do uczestnictwa w programach korekcyjno-edukacyjnych;
- wdrażanie i finansowanie programów oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych (jeśli osoby stosujące przemoc nie mają dostępu do tego rodzaju oddziaływań na terenie powiatu);
- 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 uczestnictwa w oddziaływaniach korekcyjno-edukacyjnych;
- usprawnienie współpracy, w tym przepływu informacji między przedstawicielami różnych służb, w tym 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 III

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

Działania profilaktyczne podejmowane wobec 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 prowadzi często do podejmowania innych zachowań ryzykownych i – jak podkreślają specjaliści – zaburza proces rozwojowy. Wśród szkód można wymienić np. upośledzenie czynności poznawczych: koncentracji uwagi, zapamiętywania, uczenia się, kontroli emocji. Wyniki najnowszych ogólnopolskich badań realizowanych w 2018 roku przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie (Międzynarodowe badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC – (*Health Behaviour in School-aged Children*¹⁰) wskazują, iż inicjację alkoholową miała za sobą co trzecia badana osoba (34,6%). W grupie 11-latków odsetek tych, którzy mają już inicjację alkoholową za sobą wynosił 11,4%, w grupie 13-latków – 28%, a w grupie 15-latków – ponad 63%. W najstarszej badanej grupie przy uwzględnieniu płci okazało się, że to dziewczęta pija więcej niż chłopcy.

Choć badania z ostatnich lat wskazują na to, iż rośnie grupa abstynentów, nadal odsetek tych, którzy przechodzą inicjację alkoholową przed ukończeniem 18. roku życia jest wysoki. W ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem picie alkoholu deklarowało 3,5% 11-letnich chłopców i 2,7% dziewcząt (odpowiednio: w roku 2010 – 12,5% i 9,8%, w roku 2014 – 4,5% i 1,8%). W grupie 13-latków do picia przyznaje się 8,6% chłopców (w 2010 roku – 30,9% i w roku 2014 – 15,2%) oraz 11% dziewcząt (w 2010 roku było to 22,6%, a w roku 2014 – 11,7%). W grupie 15-latków alkohol pije 33,6% chłopców i 34,7% dziewcząt (odpowiednio: w grupie chłopców w roku 2010 – 53,2%, w roku 2014 – 39,7%, w grupie dziewcząt w roku 2010 – 48,9%, a w roku 2014 – 38,4%).

Zapoznanie się ze szczegółowymi wynikami diagnozy populacji młodych ludzi daje nie tylko możliwość dokonywania porównań z wynikami badań lokalnych, ale pozwala także na określenie tych obszarów, które wymagają większej uwagi ze strony służb i instytucji oraz osób

¹⁰ Źródło: <http://www.imid.med.pl/pl/do-pobrania>.

pracujących z dziećmi i młodzieżą. Analiza wyników poszczególnych edycji badań wskazuje na pewne pozytywne tendencje. Nadal jednak niektóre dane są niepokojące, np. wciąż jest wysoka dostępność alkoholu dla młodych ludzi: za niemożliwe do zdobycia piwo uznało zaledwie 4,5% uczniów młodszych i 1,1% starszych (badania ESPAD – *European School Survey Project on Alcohol and Drugs* z roku 2015 roku obejmujące 15- i 17-latków).

Zgodnie z zapisami art. 4¹ 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 2018 roku na działania związane z profilaktyką przeznaczyły ok. 14% wszystkich środków pochodzących z opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych, czyli ponad 96 mln złotych. Kolejne 76,5 mln zł przeznaczono na pozalekcyjne zajęcia sportowe i modernizację obiektów sportowych. Wydaje się, że są to niemałe kwoty, umożliwiające prowadzenie działań profilaktycznych na szeroką skalę. 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 trzecim samorządzie lokalnym (843 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. I chociaż każdego roku obserwujemy wzrost liczby gmin sięgających po programy rekomendowane, to nadal ich wykorzystanie znajduje się na bardzo niskim poziomie. 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 inwestycje będą najbardziej potrzebne. Obecnie stosowane poziomy profilaktyki są zbudowane z uwzględnieniem kryterium dotyczącego oceny indywidualnego ryzyka powstawania problemów zdrowotnych. Nowe terminy bardziej precyzyjnie określają granicę między profilaktyką i promocją zdrowia, a także między profilaktyką i leczeniem uzależnień oraz innych zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu.

Profilaktyka uniwersalna – ukierunkowana na całe populacje. Są to działania profilaktyczne adresowane do całych grup (populacji) bez względu na stopień indywidualnego ryzyka występowania problemów związanych z używaniem alkoholu, środków odurzających, substancji psycho-

tropowych, 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 uniwersalne są realizowane na przykład w populacji dzieci i młodzieży, młodych dorosłych, w populacji rodziców posiadających dzieci w wieku szkolnym itd. Przykładem profilaktyki uniwersalnej 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)¹¹.

Z opisu programu profilaktycznego, który planujecie Państwo realizować, powinno jasno wynikać, na jakim poziomie jest to oddziaływanie, jakie są jego zakładane cele oraz sposób ewaluacji. Międzynarodowy zespół powołany przez UNODC (*The United Nations Office on Drugs and Crime*), czyli Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przeszłości dokonał systematycznego przeglądu 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).

¹¹ Opisy poziomów profilaktyki zgodne z Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016–2020.

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 średniodziecięcy (ok. 6-10 lat)	Wczesne dorastanie (ok. 11-14 lat)	Dorastanie (ok. 15-18 lat)	Dorosłość
Rodzina	Wizyty położnej/pracownika socjalnego**		Rozwój umiejętności wychowawczych****			
	Praca z uzależnionymi kobietami w ciąży*					
Szkoła		Edukacja przedszkolna****	Umiejętności życiowe***	Umiejętności indywidualne i społeczne; wpływy społeczne***		
			Praca z osobami zagrożonymi**			
			Zarządzanie klasą***			
			Procedury utrzymania dzieci w szkole**	Szkolne procedury i kultura/klimat szkoły**		
Społeczność lokalna				Przepisy i procedury dotyczące alkoholu i tytoniu*****		
	Wielowymiarowe (kompleksowe) działania w środowisku lokalnym***					
				Kampanie medialne*		
Praca				Mentorzy*		
					Działania w miejscach rozrywki**	
Zdrowie				Profilaktyka w miejscu pracy***		
	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 interwencjach nastawionych na zmiany u odbiorców w dość ograniczonym przedziale wiekowym (przeważnie – kilkunastu lat, rzadziej wśród młodszych). 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 czasu wolnego, 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.

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, najlepszym partnerem i odpowiednim miejscem do ich wdrażania. Wiele zagadnień z tego obszaru jest podejmowanych w ramach normalnej pracy wychowawczej czy edukacyjnej (np. w ramach realizacji edukacji zdrowotnej). Szkoły mają obo-

wiązek 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, konkursy 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, kulturalnych czy rekreacyjnych. W trakcie prac nad gminnym programem profilaktyki 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.

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. Lista takich programów znajduje się na stronach: www.programyrekomendowane.pl, www.parpa.pl, www.ore.edu.pl w zakładkach dotyczących Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego – wspólnego projektu Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (koordynator), Ośrodka Rozwoju Edukacji, Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. System ten został stworzony, aby upowszechnić sprawdzone praktyki i programy profilaktyczne, popularyzować wiedzę na temat skutecznych strategii profilaktycznych oraz metod konstruowania programów.

Programy rekomendowane

W chwili oddawania *Rekomendacji* do druku w bazie programów rekomendowanych znajdowały się 23 programy na trzech poziomach rekomendacji:

- **Poziom III Program modelowy**

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

- **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.

Archipelag Skarbów – program profilaktyki uniwersalnej adresowany do uczniów w wieku gimnazjalnym, ukierunkowany na ograniczenie zachowań problemowych (używanie alkoholu, nar-

kotyków, 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 SP – 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 kwadransy 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.

● **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.

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.

Spójrz Inaczej (dla klas 4–6) – program zajęć wychowawczo-profilaktycznych dla klas IV–VI szkół podstawowych – zajęcia w ramach tego programu w klasach 4–6 są w założeniu kontynuacją zajęć prowadzonych w klasach 1–3. W IV klasie realizowanych jest 25 zajęć 45-minutowych, w V klasie – 26 zajęć, w VI – 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 postawy 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 (trwających ok. 1 godziny lekcyjnej każde), po 3 spotkania do każdego z 10 tematów programu.

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 młodszych uczniów 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 picie 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.

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 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). Czytelny i szczegółowy opis programu zapewnia powtarzalność realizacji i pozwala oczekiwać, że np. program zaplanowany do realizacji w naszej szkole jest tym samym programem, który spotkał się z dobrym odbiorem w innej placówce. Co więcej, autorzy programu powinni zapewnić 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.

Warto podkreślić, iż wszystkie działania o charakterze jednorazowym, akcyjnym (np. konkursy, pogadanki, spektakle, koncerty) nie zastąpią realizacji profesjonalnych działań profilaktycznych, a ze względu na brak udowodnionej skuteczności w ograniczeniu zachowań ryzykownych, mogą stanowić jedynie uzupełnienie programów rekomendowanych i o udowodnionej skuteczności. Niestety, jak pokazuje analiza danych z ankiet PARPA-G1, samorządy wciąż wybierają głównie działania o niepotwierdzonej skuteczności lub wręcz nieskuteczne, takie jak: imprezy plenerowe, teatry profilaktyczne, pogadanki i projekcje filmów, zajęcia alternatywne (w tym sportowe), programy autorskie. Są one chętnie stosowane przez organizatorów/decydentów ze względu na łatwość ich wdrażania, możliwość zaangażowania dużej grupy odbiorców w jednym momencie czy też ich „widowiskowy” charakter. Zaleca się ograniczanie finansowania ze środków na profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych tego typu przedsięwzięć, które nie są oparte na metodach o potwierdzonej skuteczności.

Zgodnie ze stanowiskiem WHO Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych nie rekomenduje podejmowania współpracy w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych z przedstawicielami przemysłu alkoholowego¹². 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, waż-

¹² *Hanbook for action to reduce alcohol-related harm*, WHO, 2000, s. 63.

nych 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.

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.

Realizacja programów profilaktycznych dla rodziców i aktywna współpraca z nimi w tym obszarze

Pozytywna i silna więź z rodzicami, normy dotyczące substancji psychoaktywnych wyniesione z domu oraz umiejętność budowania wokół dziecka nie tylko systemu kontroli, ale i wsparcia 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 prze-**

kazanie informacji na temat skali problemu, ale 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 dzieci. Rodzice także mogą wiele się nauczyć, uczestnicząc w warsztatach umiejętności wychowawczych (szczególnie rodzice nastolatków), na których poruszane są takie zagadnienia, jak: rozmowa 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 tak trwałych efektów, jak poprzez zajęcia realizowane w dłuższych formach. Warto zwrócić uwagę na to, iż wśród programów rekomendowanych w ramach Systemu Rekomendacji znajdują się również programy skierowane do rodziców.

Wdrażanie programów profilaktyczno-interwencyjnych dla młodzieży upijającej się

W tym przypadku 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 realizowane w 2018 roku przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie (Międzynarodowe badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC – *Health Behaviour in School-aged Children*)¹³, do upicia się przyznało się 12,5% 15-letnich chłopców i 13,2% 15-letnich dziewcząt – do tej grupy na pewno nie dotrzemy działaniami z obszaru profilaktyki uniwersalnej. Mimo że te liczby dotyczące upijających się osób niepełnoletnich spadają na przestrzeni lat, to nadal jest to grupa ponad 10% 15-letniej młodzieży.

Uzupełnieniem działań prowadzonych lokalnie są programy ogólnopolskie, 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.

¹³ Źródło: <http://www.imid.med.pl/pl/do-pobrania>.

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. „Pozytywni” dorośli w życiu dziecka są dla niego modelami właściwych zachowań, kształtują 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 Europy¹⁴ dotyczącymi działań profilaktycznych skierowanych do młodzieży.

Realizacja środowiskowych programów profilaktycznych skierowanych do dzieci i młodzieży

Programy środowiskowe nie powinny być utożsamiane z piknikami czy festynami, gdzie profilaktyka istnieje jedynie jako pewien 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 klubów dla młodzieży, oferty opartej 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 realizacją ofert z obszaru kultury i edukacji.**

¹⁴ Rekomendacje Rady Europy z dnia 5 czerwca 2001 roku dotyczące picia alkoholu przez młodocianych, a zwłaszcza przez dzieci i młodzież (2001/458/EC).

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

Na wysoki poziom wskaźników spożywania alkoholu przez młodych ludzi ma wpływ wiele czynników, ale jednym z ważniejszych, na który mamy możliwość oddziaływania na gruncie lokalnym, jest dostępność napojów alkoholowych dla młodych ludzi. Jak pokazały badania ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Drugs*) z 2015 roku, większość badanych 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. Chodzi tu zarówno o ograniczanie liczby zezwoleń wydawanych na sprzedaż napojów alkoholowych, wyznaczanie obszarów lub godzin, gdzie taka sprzedaż nie może mieć miejsca, poprzez tworzenie zasad usytuowania na terenie gminy miejsc sprzedaży i podawania napojów alkoholowych, jak również kontrole tych punktów. Ważna jest również współpraca z policją w ramach dochodzenia, gdy nietrzeźwi nieletni są zatrzymywani oraz ukarania przedsiębiorcy prowadzącego sprzedaż napojów alkoholowych, jeżeli na terenie jego punktu sprzedano alkohol osobie poniżej 18. roku życia. Poza działaniami kontrolnymi, równie istotne są działania edukacyjne. 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. W ich programie należy uwzględnić nie tylko aspekty prawne, lecz również obszar osobistych motywacji (np. postawy rodzicielskie, mity na temat alkoholu) oraz umiejętności praktyczne (ćwiczenie scen asertywnego odmawiania). W tych szkoleniach, oprócz właścicieli punktów sprzedaży napojów alkoholowych, mogą brać udział także osoby bezpośrednio sprzedające alkohol (wskazane szczególnie w przypadku ćwiczenia konkretnych umiejętności radzenia sobie w różnych sytuacjach).

Fakt uczestniczenia w szkoleniu nie może być jednak w żaden sposób warunkiem wydania zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych. Warto podkreślić, iż mimo że nie można traktować tych spotkań jako obowiązkowych, dobrze zorganizowane szkolenie daje szansę na dalsze działania związane z ograniczaniem dostępności alkoholu dla nieletnich i rozwiązywaniem innych problemów lokalnych.

Dział ds. Rodziny i Młodzieży PARPA dysponuje listą instruktorów przygotowanych do prowadzenia szkoleń dla sprzedawców w zakresie stosowania zakazu sprzedaży alkoholu nieletnim. Przygotowywane są również szkolenia dla nowych instruktorów oraz nowe materiały dla sprzedawców, które dostępne będą dla Państwa bezpłatnie w formie elektronicznej.

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 pierwszorzędowej bądź działania korekcyjne, interwencyjne dla grup ryzyka nie zawsze musi oznaczać przeprowadzania 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 sześciokrotnie więcej funduszy niż na realizację rekomendowanych programów profilaktycznych, czyli ponad 58 mln zł. Te dysproporcje są szczególnie niepokojące, zważywszy na fakt, że nie udowodniono poprzez badania naukowe pozytywnego związku pomiędzy uczestnictwem młodzieży w takich działaniach a zmianą ich postawy wobec substancji psychoaktywnych. Niektóre badania, jak np. realizowane przez Pracownię Profilaktyki

Młodzieżowej Pro-M Instytutu Psychiatrii i Neurologii wśród warszawskich gimnazjalistów¹⁵, wykazały wręcz coś odwrotnego: udział w grupowych zajęciach sportowych wiąże 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.

Prowadzenie profilaktycznych działań edukacyjnych zaadresowanych do sprzedawców napojów alkoholowych w zakresie umiejętności sprawdzania wieku osób kupujących alkohol oraz odmawiania w przypadku braku pewności co do ich pełnoletności

Jednym z ważnych działań ograniczających dostęp do alkoholu młodzieży jest przygotowanie sprzedawców napojów alkoholowych do egzekwowania zakazu dotyczącego sprzedaży alkoholu nieletnim. Nie wystarczą w tej sprawie tylko i wyłącznie zakazy ustawowe i kampanie społeczne. Należy uczyć sprzedawców, najlepiej w formie zajęć warsztatowych, w jaki sposób mogą bezpiecznie dla siebie i innych, asertywnie odmawiać podania alkoholu osobie niepełnoletniej.

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

¹⁵ Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: klasy I-III, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, link do raportu: http://www.parpa.pl/download/Raport_IPiN_2009_07MAC_popr%20final.pdf

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 danego samorządu lokalnego. Poniżej prezentujemy możliwości zakresu prowadzonych działań, jak również przykłady ich realizacji.

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, ogłoszeń prasowych czy też w internecie.

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 FAS (*Fetal Alcohol Syndrome*, 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 wzmocnienie podejmowanych działań edukacyjnych materiałami dotyczącymi danej problematyki, takimi jak: broszury, plakaty, ulotki 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.

Pozyskiwanie patronatów dla podejmowanych działań

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

Edukacja lokalnych decydentów i radnych

Zwracamy uwagę na istotność edukacji lokalnych decydentów i radnych w zakresie wagi i skali problematyki alkoholowej poprzez zapraszanie ich do lokalnych debat, kampanii edukacyjnych, udziału w imprezach profilaktycznych; zapoznawanie z lokalną i ogólnopolską diagnozą problemów alkoholowych. Taka edukacja może się odbywać również poprzez prenumeratę lub zakup specjalistycznych opracowań, czasopism, publikacji pogłębiających wiedzę na temat problemów alkoholowych.

Edukacja przedstawicieli różnorodnych grup zawodowych

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. Za przykład może posłużyć niesłychanie istotne społecznie zjawisko spożywania 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. 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 tysięcy dzieci z FASD. Liczba ta niepodważalnie podkreśla konieczność prowadzenia działań edukacyjnych adresowanych do przedstawicieli różnych grup zawodowych. Szczególnie należy podkreślić wagę kompetencji grona medycznego, psychologicznego, pedagogicznego, jak również przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości i służb mundurowych. O trudnościach w oszacowaniu powszechności spożywania alkoholu w ciąży świadczą prezentowane w różnych źródłach wyniki wskazujące na rozpiętość zjawiska w przedziale od 5%–10% do aż 39%. Jest to kolejny fakt, który wskazuje na konieczność prowadzenia działań edukacyjnych i profilaktycznych w społeczeństwie (społeczności lokalnej), a tym samym stanowi dowód na potrzebę posiadania odpowiednich kompetencji diagnostycznych, wychowawczych czy opiekuńczych przez przedstawicieli konkretnych grup zawodowych.

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.

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.

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 młodozieży, 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.

Ponadto, **zachęcamy do korzystania ze 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.lekarzsureagujnaprzemoc.pl; www.niebieska.info; www.pomaranczowalnia.pl; www.motywuujemydozmiany.pl

Jak również zapraszamy 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 Uzależnienia i Współuzależnienia”; „Eleuteria”.

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.

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

Zadania 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. Realizując zadania z myślą o dzieciach, należy unikać sytuacji stwarzających potencjalne zagrożenie, takich jak np. udział osób niepełnoletnich w kontrolach drogowych czy pomiarze trzeźwości kierujących pojazdami. 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 kierującego 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. Kampania charakteryzowała się tym, że w postaci krótkich filmów w prosty sposób zostały pokazane możliwości reakcji mającej na celu powstrzymanie osoby od kierowania pojazdem po alkoholu. Dodatkowo w przystępny sposób przedstawiono skutki błędnych decyzji kierowcy, co może zaowocować większą rozważą wśród użytkowników dróg.

Aby otrzymać filmy z kampanii można zwrócić się do Państwowej Agencji z prośbą o ich nieodpłatne przekazanie.

- **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 mogące stwarzać zagrożenie bezpieczeństwa w ruchu drogowym.

Zadania o charakterze szkoleniowym

- **Współpraca z Wojewódzkimi Ośrodkami Szkolenia Kierowców 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. W związku z powyż-

szym zaleca się ściśle współpracę z **Wojewódzkimi Ośrodkami Ruchu Drogowego** w zakresie wzbogacenia programów szkoleniowych dla kandydatów na kierowców o tematykę dotyczącą wpływu alkoholu na organizm i zdolności poznawcze kierowcy. Celem programu powinno być zwiększenie świadomości w zakresie wpływu alkoholu na organizm kierowcy, a także ukształtowanie u przyszłego kierowcy postawy braku tolerancji dla alkoholu za kierownicą. 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.

Zadania o charakterze interwencyjno-sprawdzającym

● Współpraca międzysektorowa 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 międzysektorowej 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 doposażenie 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 alkometru czy też urządzenia alcolmów, które zostałyby ogólnie udostępnione dla mieszkańców** miasta/gminy w celu samodzielnego sprawdzenia 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 komisaracie 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 transportu (Dz.U. z 2019 r. poz. 140).

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 pojazdami (Dz.U. z 2019 r. poz. 241, ze zm.). 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 latach 2017–2019 rozdystrybuowano blisko 45 tysięcy liczników trzeźwości ALKO-KALKO, które stanowią cenne uzupełnienie kursów reedukacyjnych prowadzonych w Wojewódzkich Ośrodkach Ruchu Drogowego.

Warto też wspomnieć, że zakłady penitencjarne aktywnie włączają się w reedukację kierowców skazanych za jazdę po alkoholu i do tych ośrodków aktywnie pracujących w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych zostały przekazane liczniki trzeźwości.

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 koncentrują się na korekcie dotychczasowych zachowań**, a ich realizacja wymaga spełnienia określonych prawem wytycznych.

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 zadań własnych gminy, jednak włączenie tej tematyki w określonym 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 (petentami, 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, ponieważ jest to zadanie gmin związane z zabezpieczeniem porządku publicznego, wynikające z ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2019 r. poz. 506, ze zm.). 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.

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

Działania w środowisku pracy

Jedną z ważnych możliwości, a niezwykle rzadko stosowanych przez gminy w praktyce, jest realizowanie działań profilaktycznych w środowisku pracy. Działania profilaktyczne 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.

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 spo-

żywanie alkoholu to picie nadmiernych jego ilości (jednorazowo i łącznie w określonym czasie), które aktualnie nie pociągają za sobą negatywnych konsekwencji, ale można oczekiwać, że te się pojawią, o ile obecny model picia nie zostanie zmieniony.

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.

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

Finansowanie szkoleń dla personelu medycznego w obszarze WRKI

W ramach tego zadania powinno się zapewnić szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej. W 2018 PARPA przygotowała przetłumaczony na język polski podręcznik WHO do szkolenia pracowników podstawowej opieki zdrowotnej. Zawiera on informacje niezbędne do wdrożenia procedury oraz szczegółowy program szkolenia. Jest to najbardziej aktualne źródło wiedzy na temat problemów związanych z używaniem alkoholu w POZ, możliwości wdrożenia procedury oraz skutecznego motywowania lekarzy. Na życzenie Agencja udostępni polską wersję podręcznika wszystkim zainteresowanym.

Zakup materiałów edukacyjnych dla personelu medycznego i pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej

Dla skuteczności programu WRKI ważne jest stworzenie podręcznej biblioteczki dotyczącej wiedzy o problemach alkoholowych, dostarczenie listy teleadresowej placówek leczenia uzależnienia od alkoholu z danego terenu oraz zaopatrzenie personelu POZ w materiały do wykonywania badań przesiewowych i w materiały dla pacjentów (broszury, ulotki). Istotne jest zapewnienie pracownikom podstawowej opieki zdrowotnej, którzy zdecydują się realizować badania przesiewowe i interweniować w sprawie ograniczenia picia swoich pacjentów, specjalistycznego wsparcia konsultanta – specjalisty psychoterapii uzależnień lub lekarza-edukatora.

Finansowanie wdrażania programów WRKI do praktyki klinicznej

Badanie przesiewowe 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 odwykowej, 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.

Procedura WRKI nie wchodzi w zakres świadczeń zdrowotnych refundowanych przez NFZ. Należy rozważyć stworzenie takiego mechanizmu finansowego, który motywowałby lekarzy do prowadzenia tego typu działań. Najczęściej stosowanym rozwiązaniem jest w tym przypadku zawieranie porozumienia finansowego z podmiotem prowadzącym działalność leczniczą. W ten sposób wpłacano by określoną kwotę za każdego pacjenta, wobec którego przeprowadzono procedurę wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji. Wynik testu przesiewowego oraz podjęcie przez pracownika medycznego interwencji muszą być udokumentowane w historii choroby pacjenta.

Rozdział IV

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 je organizacji pozarządowej lub wesprzeć organizację w realizacji zadań, które wpisują się w zakres gminnego programu. Gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych ma charakter ściśle zadaniowy, a gmina, realizując poszczególne zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, nie finansuje podmiotów czy osób fizycznych (realizatorów poszczególnych zadań), tylko same zadania.

Istotne z punktu widzenia zasad finansowania zadań z gminnego programu profilaktyki jest wejście w życie ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2018 r., poz. 1492 ze zm.), 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. Na podstawie 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 (rozdział 2, dział III).

W myśl ustawy o zdrowiu publicznym, w konkursach mogą brać udział podmioty wymienione w art. 3 ust. 2, 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.

W przypadku powierzania realizacji zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych podmiotom zewnętrznym, należy stosować tryb i zasady określone w ustawie o zdrowiu publicznym (z wyłączeniem ustawy prawo zamówień publicznych i ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie – rozdział 2, dział III).

Zgodnie z treścią art. 4¹ ust. 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, wpisując się w katalog zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, nie może przyjmować formy indywidualnej pomocy poszczególnym osobom uzależnionym.

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

Poprzez program rehabilitacji osób uzależnionych rozumie się działania mające na celu podtrzymywanie oraz utrwalanie zmian po zakończeniu leczenia uzależnienia, uczące umiejętności służących zdrowieniu oraz pomagające 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.

Wspólnota AA (Anonimowi Alkoholicy) i jego podobne formacje: AI-Anon (wspólnota rodzin i bliskich osób z problemem alkoholowym), AI-Ateen (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.

Grupa wsparcia – jedna z ważnych form samopomocy, mająca nieformalny charakter. Z samej idei – o jej powstaniu, czasie trwania, celach decydują sami zainteresowani, czyli osoby, które łączy wspólny problem, np. chęć wspierania własnej trzeźwości czy radzenie sobie z negatywnymi przeżyciami, które są wynikiem nadużywania alkoholu przez bliską osobę. Z założenia powinny to być spotkania ludzi, oparte na ich własnej inicjatywie i potrzebie korzystania z wzajemnej pomocy. Jednak często dzieje się tak, że takie grupy powstają „odgórnie”, z inicjatywy instytucji bądź profesjonalistów. Jeżeli wychodzą naprzeciw potrzebom danej społeczności, to z powodzeniem mogą spełniać swoją rolę.

Klub abstynenta – nazwy tej, często niesłusznie, używa się zamiennie z nazwą stowarzyszenie abstynenckie. W dużej mierze stowarzyszenia trzeźwościowe prowadzą kluby abstynenckie. Często 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 (Dz.U. z 2019 r., poz. 713), 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;

-
- **kulturalno-towarzyski, promujący zdrowy i trzeźwy styl życia, ukierunkowany na członków stowarzyszenia i ich rodziny m.in. poprzez spełnienie 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.

Stowarzyszenia prowadzą również niezwykle ważne działania z zakresu promowania zdrowego i trzeźwego stylu życia dla osób dorosłych, dzieci i młodzieży. Najczęściej spotykane formy to sport, turystyka, wspólne wyjazdy, organizowanie „dni trzeźwości”, festynów czy wspólnych spotkań tematycznych. 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. Konsultacja 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”.

Spełnienie standardów jest potwierdzane Certyfikatem spełnienia standardów, który przyznaje się na czas określony. Jego przedłużenie wymaga ponownego przejścia procedury oceny.

Każdego roku przyznawane są kolejne certyfikaty stowarzyszeniom, które spełniają na odpowiednim poziomie standardy działań.

Standardy zostały podzielone na dwie grupy – podstawowe i zaawansowane.

Trzy podstawowe to:

- Organizacyjno-formalny.
- Prowadzenie działań na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.
- Współpraca stowarzyszeń abstynenckich z podmiotami zewnętrznymi, samorządem lokalnym, w tym z gminnymi komisjami rozwiązywania problemów alkoholowych.

Oraz dwa standardy zaawansowane:

- Prowadzenie działań na rzecz aktywizacji zawodowej osób objętych działaniami stowarzyszenia abstynenckiego.
- Programy edukacyjne dla przedstawicieli samorządów lokalnych, stowarzyszeń abstynenckich oraz członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.

Celem **standardu organizacyjno-formalnego** jest uporządkowanie i ujednoczenie działań stowarzyszeń abstynenckich na poziomie organizacyjnym i formalnym, zwiększenie kompetencji osób zarządzających organizacją, a także podnoszenie jakości działań. Dla realizacji misji stowarzyszenia abstynenckiego kluczowe znaczenie mają działania merytoryczne, skierowane bezpośrednio do członków, jak i innych odbiorców pomocy. Działania te muszą być prowadzone zgodnie z obowiązującym prawem i przepisami. Dla dobrej skuteczności, jakości i stabilności działań wypełniających misję organizacji, podstawowe znaczenie ma obszar dotyczący zarządzania organizacją, w tym zarządzania finansami oraz tworzenia warunków techniczno-organizacyjnych dla prowadzonych działań statutowych.

Sprecyzowanie **standardu prowadzenia działań na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych** ma na celu zwiększanie jakości inicjatyw podejmowanych przez stowarzyszenia abstynenckie, skierowanych do osób z problemem alkoholowym oraz członków ich rodzin. W szczególności poprzez nabycie lub zwiększanie motywacji osób uzależnionych i współuzależnionych do podjęcia psychoterapii w zakładach leczenia odwykowego, zwiększanie wsparcia osób po zakończonym leczeniu oraz pomocy w zdrowieniu i utrzymaniu abstynencji, niwelowanie skutków związanych z problemem alkoholowym, nabycie lub zwiększanie motywacji przez osoby pijące ryzykownie i szkodliwie do zmiany szkodliwego wzoru picia, stworzenie lub poszerzenie oferty, także różnorodności form działań profilaktycznych skierowanych do społeczności lokalnej.

Standard **Współpraca stowarzyszeń abstynenckich z podmiotami zewnętrznymi, samorządem lokalnym, w tym z gminnymi komisjami rozwiązywania problemów alkoholowych** to odpowiedź na potrzebę rozwoju tych stowarzyszeń w zakresie umocnienia pozycji, rozwijania współpracy ze społecznością lokalną, zwiększania wiedzy o ich misji oraz budowania pozytywnego wizerunku stowarzyszeń w społecznościach lokalnych. Nawiązywanie relacji i kontaktów z innymi instytucjami działającymi w tym samym czy podobnym obszarze pozwala nie tylko utrzymać określony poziom danego stowarzyszenia, ale także pomaga tym stowarzyszeniom w ich rozwoju. Mogą one gromadzić doświadczenia, czerpać od innych dobre praktyki i stosować sprawdzone metody i formy pracy. Współpraca z samorządami pozwala na pełniejsze realizowanie zadań statutowych stowarzyszeń i może stworzyć większe możliwości do działania nie tylko w wymiarze finansowym, ale także merytorycznym, organizacyjnym czy rzeczowym.

Standard zaawansowany **Prowadzenie działań na rzecz aktywizacji zawodowej osób objętych działaniami stowarzyszenia abstynenckiego** jest odpowiedzią na stale rosnącą potrzebę poszerzania oferty inicjatyw podejmowanych przez stowarzyszenia abstynenckie, także w zakresie aktywizacji zawodowej osób objętych działaniami stowarzyszeń. Z problemem alkoholowym, obok problemu przemocy w rodzinie, problemów zdrowotnych, konfliktów z prawem, wiąże się często bezrobocie i ubóstwo. Długotrwałe pozostawanie bez pracy powoduje wykluczenie społeczne i zawodowe. Szczególnie osoby uzależnione od alkoholu znajdują się w trudnej sytuacji na rynku pracy, często ze względu na niskie kwalifikacje bądź przerywane zdobywanie kwalifikacji czy przypadkowe doświadczenia zawodowe. Trudności ze znalezieniem pracy nierzadko są przyczyną nawrotów uzależnienia. Praca zapewnia zabezpieczenie finansowe, wypełnia czas, stwarza poczucie przynależności do określonej grupy zawodowej i może sprawiać wiele przyjemności, a także dawać poczucie spełnienia. Osoba z problemem alkoholowym lub osoba z bliskiego otoczenia, by skutecznie mogła poradzić sobie z problemami, oprócz terapii, programów wspomagających wytrwanie w trzeźwości czy wsparcia socjalnego, potrzebuje także pomocy w zakresie zdobycia pracy i podnoszenia kwalifikacji.

Zaawansowany standard **Programy edukacyjne dla przedstawicieli samorządów lokalnych, stowarzyszeń abstynenckich oraz członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych** przede wszystkim ma na celu podniesienie poziomu i ujednoczenie wiedzy, kompetencji i umiejętności osób pracujących w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych, a także zwiększenie zakresu i poziomu współpracy międzypodmiotowej. Obecnie nie ma jasno sprecyzowanego zakresu szkoleń dla osób zajmujących się profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych z uwzględnieniem stowarzyszeń abstynenckich. Jednolite programowo szkolenie dla przedstawicieli zarówno samorządów lokalnych, przedstawicieli stowarzyszeń abstynenckich, jak i członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, czyli podmiotów, które na poziomie lokalnym powinny tworzyć podstawę inicjującą działania w tym obszarze, staje się niezbędnym warunkiem zwiększania skuteczności działań w dziedzinie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych.

Treść standardów, narzędzia samooceny służące do bieżącej diagnozy sytuacji stowarzyszenia abstynenckiego w procesie wdrażania standardów, jak również inne pomocne dokumenty dotyczące standaryzacji można pobrać ze strony internetowej Krajowej Rady Związków i Stowarzyszeń Abstynenckich: www.krajowarada.pl.

Opracowanie ogólnopolskich standardów pracy stowarzyszeń abstynenckich daje niepowtarzalną szansę na rozwój i profesjonalizację działalności tych stowarzyszeń, a także podniesienie jakości współpracy samorządów z organizacjami pozarządowymi, działającymi w sektorze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. W dalszej perspektywie daje możliwość zwiększenia istotnej roli organizacji abstynenckich w realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych z korzyścią dla odbiorców działań w społecznościach lokalnych.

Kontynuacja rozpoczętego procesu standaryzacji dotyczy także działalności struktur regionalnych. W latach 2018–2019 przedstawiciele stowarzyszeń, zrzeszeni w Krajowej Radzie Związków i Stowarzyszeń Abstynenckich, podjęli działania, w ramach których opracowali Standardy Działania Związków Wojewódzkich. Obecnie trwa proces wdrożenia standardów w związkach regionalnych.

Wzmocnienie efektu wdrożenia standardów i uzyskania certyfikatu nie będzie możliwe bez wsparcia ze strony samorządów lokalnych. Po pierwsze w zakresie pomocy i monitorowania stowarzyszeń, które już wdrożyły standardy, po drugie w upowszechnianiu i wprowadzaniu w kolejnych stowarzyszeniach standardów działań.

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

W 2016 roku PARPA zrealizowała kampanię skierowaną do osób duchownych „Motywujmy do zmiany”. Celem kampanii było zwiększenie kompetencji osób duchownych w zakresie udzielania wsparcia rodzinom i osobom z problemem alkoholowym. W szczególności upowszechnienie wiedzy na temat uzależnienia jako choroby, która wymaga profesjonalnego leczenia, a ponadto dotyka nie tylko osobę pijącą, ale również jej bliskich. Podręcznik i filmy przygotowane w ramach kampanii są dostępne na stronie internetowej: www.motywujmydozmiany.pl.

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 tożsame tylko i wyłącznie z 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 porad. Zakres i udział poszczególnych podmiotów i osób fizycznych będzie zależał od potrzeb danego samorządu.

Rozdział V

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 niepełnoletnim lub nietrzeźwym, sprzedaży pod zastaw i na kredyt, gmina może podejmować interwencje oraz występować przed sądem jako oskarżyciel publiczny, czyli występować z aktem oskarżenia bezpośrednio do sądu z pominięciem prokuratora.

Najpopularniejszą formą działań gmin w omawianym zakresie jest zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, o którym mowa w art. 43 lub art. 45² ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Należy podkreślić, że zgodnie z art. 304 § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2018 r. poz. 1987, z późn. zm.), zwaną dalej k.p.k., instytucje państwowe i samorządowe, które w związku ze swoją działalnością dowiedziały się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, są obowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub policję oraz przedsięwziąć niezbędne czynności do czasu przybycia organu powołanego do ścigania przestępstw lub do czasu wydania przez ten organ stosownego zarządzenia, aby nie dopuścić do zatarcia śladów i dowodów przestępstwa. Zawiadamianie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa uzyskane w związku z prowadzonymi czynnościami (przykładowo przeprowadzaną kontrolą zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych) stanowi zatem nie tylko uprawnienie wójta (burmistrza lub prezydenta miasta) jako organu kierującego bieżącymi sprawami gminy oraz reprezentującego ją na zewnątrz, lecz także jego prawny obowiązek. Zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa może mieć zarówno charakter pisemny bądź też, zgodnie z art. 143 § 1 pkt 1 k.p.k., zostać zgłoszone ustnie do protokołu. W sytuacji składania zawiadomienia na piśmie ważne jest, aby oznaczyć organ zawiadamiający; opisać zdarze-

nie, 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); należy 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 ww. ustawy 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 organom (Dz.U. z 2018 r., poz. 522). Nie wymieniono w nim jednostek samorządu terytorialnego, a zatem gmina nie jest upoważniona do prowadzenia takiego postępowania. Art. 4¹ ust. 1 pkt 6 ustawy, który daje gminom prawo do występowania w charakterze oskarżyciela publicznego, stanowi również podstawę prawną do składania na policji wniosku o wszczęcie postępowania dowodowego. Policja powinna powiadomić o wszczęciu takiego postępowania gminę i prokuratora. Formalne wymogi, jakie musi spełniać akt oskarżenia, określają artykuły 332–334 k.p.k.). W przypadku istnienia braków formalnych aktu oskarżenia, sąd zwraca go oskarżycielowi w celu usunięcia braków w ciągu 7 dni, dlatego niezbędne jest zachowanie staranności oraz rzetelności podczas zbierania dowodów w sprawie.

Gmina może wskazać policji na etapie postępowania dowodowego konkretne osoby jako świadków, przekazać zdjęcia, którymi dysponuje i inne dokumenty, np. protokoły, ponieważ mogą być one wykorzystane jako dowody w sprawie. Świadkiem oskarżenia może być np. członek 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.

Regulacje prawne dotyczące reklamy i promocji napojów alkoholowych

Kwestie związane z reklamą i promocją napojów alkoholowych reguluje ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Zgodnie z definicją ustawową zawartą w art. 2¹ 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 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:
 - a) atrakcyjnością seksualną,
 - b) relaksem lub wypoczynkiem,
 - c) nauką lub pracą,
 - d) 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 powierzchniach 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).

Z 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”.

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

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

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

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

1) szkodliwości spożywania alkoholu, o treści:

1/2 litra piwa zawiera 25 gramów czystego alkoholu etylowego. Nawet taka ilość szkodzi zdrowiu kobiet w ciąży i jest niebezpieczna dla kierowców lub

2) zakazie sprzedaży napojów alkoholowych małoletnim, o treści:

1/2 litra piwa zawiera 25 gramów czystego alkoholu etylowego. Sprzedaż alkoholu osobom do lat 18 jest przestępstwem.

Napisy, o których mowa powyżej, umieszcza się w górnej części reklamy, na stanowiącej 20% reklamy powierzchni podzielonej poziomo na dwie równe części w taki sposób, aby odległości liter od dolnej i górnej krawędzi części tła były nie większe niż 1/4 wysokości liter, a odległość między wierszami nie większa niż wysokość liter. Napisy drukuje się w sposób wyróżniający się

od kolorystyki reklamy, w kolorze czerwonym na białym tle lub w kolorze białym na czerwonym tle, wielkimi literami (wersalikami), czcionką Avalon, Avant Garde lub Arial o grubości stanowiącej 20–25% jej wysokości.

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

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

Polskie regulacje związane z zakazem promocji i reklamy napojów alkoholowych wpisują się w światową tendencję precyzyjnego ograniczania form i kanałów dystrybucji przekazu marketingowego napojów alkoholowych.

Należy bowiem pamiętać, że **istnieją dowody naukowe potwierdzające istnienie znaczącego wpływu reklamy alkoholu na wielkość problemów powodowanych przez alkohol**. Przykładowo kraje, które wprowadziły całkowity zakaz reklamy napojów alkoholowych odnotowały spadek liczby ofiar śmiertelnych wypadków samochodowych¹⁶.

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 roku¹⁷ reklama napojów alkoholowych ma znaczący wpływ na wielkość spożycia tychże napojów w danym kraju. Z przytoczanych w raporcie badań wynika, że w państwach o częściowych ograniczeniach reklamy napojów alkoholowych poziom spożycia tychże napojów jest niższy aż o 16% od spożycia alkoholu w państwach, w których nie ma takich ograniczeń. W państwach o całkowitym zakazie reklamy alkoholu w telewizji współczynnik ten jest niższy o 11% w porównaniu z państwami o częściowym zakazie reklamy napojów alkoholowych.

¹⁶ Saffer H., *Alcohol advertising bans and alcohol abuse: an international perspective*. „Journal of Health Economics”, 1991; Saffer, H., *Alcohol advertising and motor vehicle fatalities*, 1997.

¹⁷ Anderson P., Baumberg B., *Alcohol in Europe*. [London: Institute of Alcohol Studies (2006)]. Polskie wydanie: *Alkohol w Europie*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2007.

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 bezdyskusyjna¹⁸.** 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.

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;

¹⁸ *Impact of Alcohol Advertising and Media Exposure on Adolescent Alcohol Use: A Systematic Review of Longitudinal Studies*, Peter Anderson et al., „Alcohol and Alcoholism – Oxford Journals” 2009.

- 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).

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 ta-

kie 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”¹⁹. Sprzedaż „pod zastaw” zaś może być rozumiana przez pryzmat przepisów prawa cywilnego dotyczących zastawów na

¹⁹ Mały słownik języka polskiego, PWN, Warszawa 1969, s. 312.

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 VI

Wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej

Informacje ogólne na temat reintegracji społeczno-zawodowej w podmiotach zatrudnienia socjalnego²⁰

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 o zatrudnieniu socjalnym z dnia 13 czerwca 2003 (Dz.U. z 2019 r., poz. 217 ze zm.). Zgodnie z jej zapisami podmioty zatrudnienia socjalnego realizują reintegrację zawodową i społeczną poprzez następujące usługi – kształcenie umiejętności pozwalających na pełnienie ról społecznych i osiąganie 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 te 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 nie-

²⁰ W rozdziale wykorzystano informacje przygotowane przez przedstawicieli Rady Zatrudnienia Socjalnego; Justynę Rozbicką-Stanisławską (CIS Gdańsk), Ewę Żmudę (Wrocławskie Centrum Integracji), Pawła Wiśniewskiego (JSNP Humanus).

które 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 picie aż do redukcji szkód.

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

Informacje dotyczące 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 funkcjonowania CIS ze środków przeznaczonych na realizację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych **jedynie w sposób proporcjonalny do liczby osób uzależnionych od alkoholu, biorących udział w oferowanych przez nie zajęciach reintegracyjnych.** Ponadto, realizacja tego zadania może się odbywać również poprzez wspieranie innych przedsięwzięć mających na celu reintegrację społeczną i zawodową osób uzależnionych od alkoholu i ich rodzin, np. klubów 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 centrum 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.

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

- **tryb pożytku publicznego** – tzw. otwarty konkurs ofert podmiotów uprawnionych do udziału w tych przedsięwzięciach, określony w ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 roku o pożytku publicznym i o wolontariacie;
- tryb ustawy prawo zamówień publicznych – tzw. zakup usług na bazie **klauzul społecznych**, określony w ustawie z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1986 ze zm.);
- tryb ustawy prawo zamówień publicznych – tzw. **zamówienia typu „in-house”** dla podmiotów wewnętrznych²¹ **społecznych**, określony w ustawie z dnia 29 stycznia 2004 roku 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 społecznych, zgodnie z art. 7 ust 2 ustawy, realizatorami usług społecznych określonych m.in.: w ustawie o zatrudnieniu socjalnym i ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi może być jednostka organizacyjna gminy, organizacja pozarządowa w rozumieniu i wyłoniona w trybie ustawy o pożytku publicznym i wolontariacie, a także podmiot wyłoniony na podstawie ustawy prawo zamówień publicznych.

²¹ Termin „zamówienia in-house” odnosi się do określenia podmiot wewnętrzny – to jest do jednostki odrębnej od Zamawiającego, w stosunku do której Zamawiający sprawuje kontrolę analogiczną do tej, jaką sprawuje nad własnymi służbami i gdzie ta jednostka prowadzi zasadniczą część swojej działalności na rzecz Zamawiającego.

Rozdział VII

Instytucja zobowiązania do leczenia odwykowego

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.

Raport Najwyższej Izby Kontroli

27 lipca 2016 roku Najwyższa Izba Kontroli przedstawiła wyniki kontroli związanej z instytucją zobowiązania do leczenia odwykowego²². 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 1 456 dni (średnio 673 dni), i tak:

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

²² „Informacja o wynikach kontroli przymusowe kierowanie osób uzależnionych od alkoholu na leczenie odwykowe” LPO.430.001.2016 Nr ewid. 14/2016/P/15/095/LPO, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2016. Raport dostępny jest na stronie: <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-przymusowym-kierowaniu-osob-uzalezniionych-od-alkoholu-na-leczenie-odwykowe.html>

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

Przetwarzanie danych przez gminną komisję

Z dniem 1 stycznia 2018 roku zaczęła obowiązywać zmiana w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (ustawa z dnia 24 listopada 2018 roku o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznej oraz niektórych innych ustaw – Dz.U. z 2017 r., poz. 2439), która reguluje kwestię związaną z przetwarzaniem danych osobowych przez członków gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Zmiana ta polegała na dodaniu do ustawy art. 25a, w brzmieniu:

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 wprowadzony 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.

W związku z wprowadzoną zmianą pojawiają się pytania, czy teraz na podstawie art. 25a 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/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej RODO) – „przetwarzanie” oznacza operację lub zestaw operacji wykonywanych na danych osobowych lub zestawach danych osobowych w sposób zautomatyzowany lub niezautomatyzowa-

ny, taką jak zbieranie, utrwalanie, organizowanie, porządkowanie, przechowywanie, adaptowanie lub modyfikowanie, pobieranie, przeglądanie, wykorzystywanie, ujawnianie poprzez przesłanie, rozpowszechnianie lub innego rodzaju udostępnianie, dopasowywanie lub łączenie, ograniczanie, usuwanie lub niszczenie. Ponadto zgodnie z art. 9 ust. 1 RODO: „Zabrania się przetwarzania danych osobowych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub światopoglądowe, przynależność do związków zawodowych oraz przetwarzania danych genetycznych, danych biometrycznych w celu jednoznacznego zidentyfikowania osoby fizycznej lub danych dotyczących zdrowia, seksualności lub orientacji seksualnej tej osoby”. Przy czym zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. 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) można by 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. W dniu 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 r. – 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”.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że przy przyjęciu interpretacji Prezesa UODO trzeba jednakże pamiętać, że zakres informacji (danych), o jakich mowa powyżej, nie może wykroczać poza kata-

log danych określonych w art. 25a ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu 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 jest zagadnienie związane z definicją administratora danych, biorąc też pod uwagę obowiązujące przepisy RODO.

Warto zwrócić uwagę, że 4 maja 2019 roku weszła w życie ustawa z dnia 21 lutego 2019 roku o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania 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/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. z 2019 r. poz. 730), która dodała do ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi art. 25b, w brzmieniu:

„Art. 25b. 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”.

Przepis ten został wprowadzony do ustawy, jak wskazano w uzasadnieniu projektu (druk nr 3050), ze względu na prawdopodobieństwo uznania za administratorów tych danych gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, które nie posiadają do tego odpowiednich narzędzi i środków, zaś ich obsługą zajmują się zazwyczaj urzędy gminy (miasta). Za wprowadzeniem tego przepisu przemawiał również fakt składania przez członków gminnych komisji oświadczeń o zachowaniu w poufności informacji i danych, które uzyskają podczas realizacji procedury zobowiązania do leczenia odwykowego na ręce wójta, burmistrza lub prezydenta miasta. 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 osobowych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1000, ze zm.), 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”.

Regulacje prawne związane z zobowiązaniem do leczenia odwykowego

Zgodnie z art. 24 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, postępowanie zobowiązujące do podjęcia leczenia odwykowego dotyczy osób, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozpad życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od zaspokajania potrzeb rodziny oraz systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny. Oznacza to, że sam fakt uzależnienia od alkoholu nie może stanowić samoistnej podstawy do zobowiązania danej osoby do podjęcia leczenia odwykowego. Muszą temu towarzyszyć także

określone negatywne zachowania w sferze społecznej. Zatem tylko taki sposób życia osoby odmawiającej leczenia odwykowego wymaga interwencji władzy publicznej, który zagraża bezpieczeństwu i porządkowi publicznemu oraz prawom i wolności innych osób.

Warto przy tym zauważyć, że „uchylanie się od zaspokajania potrzeb rodziny” jako przesłanka społeczna do uruchomienia procedury zobowiązania do podjęcia leczenia odwykowego zastąpiła przesłankę „uchylania się od pracy” z dniem 1 stycznia 2018 roku. Przesłankę „zaspokajania potrzeb rodziny” należy interpretować w kontekście ustawy z dnia 25 lutego 1964 roku Kodeks rodzinny i opiekuńczy – Dz.U. 2017 poz. 682 ze zm. (dalej jako: k.r.o.). Art. 27 kro stanowi, że *oboje małżonkowie obowiązani są, każdy według swych sił oraz swych możliwości zarobkowych i majątkowych, przyczynić się do zaspokajania potrzeb rodziny, którą przez swój związek założyli. Zadośćuczynienie temu obowiązkowi może polegać także, w całości lub w części, na osobistych staraniach o wychowanie dzieci i na pracy we wspólnym gospodarstwie domowym*. Obowiązek ten, poza wymiarem materialnym, uzależnionym od osobniczych możliwości małżonków, może być realizowany także jako osobiste starania o wychowanie dzieci lub jako praca we wspólnym gospodarstwie domowym. Przepis ten chroni małżonka, który spełnia obowiązek zaspokajania potrzeb rodziny przez prowadzenie gospodarstwa domowego oraz wychowywanie dzieci, a tym samym często nie podejmuje pracy zawodowej i nie uzyskuje wynagrodzenia. Na gruncie art. 24 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi należy zatem uznać, że obowiązek zaspokajania potrzeb rodziny powinno się interpretować zgodnie z przytoczonym wyżej rozumieniem, opartym na art. 27 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.

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 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 uzyskali takie same uprawnienia do inicjowania postępowania sądowego i zostały na nich nałożone takie same obowiązki dotyczące wymagań wniosku. Zatem przesyłanie przez prokuratora do gminnej/miejskiej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych wniosków o wszczęcie procedury zmierzającej do zobowiązania do podjęcia leczenia odwykowego jest nieuzasadnione.

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

- 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 podej-**

rzenie, 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, iż 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.

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. W tym miejscu warto wskazać, że z dniem 5 stycznia 2018 roku weszła w życie także nowelizacja – ustawa z dnia 12 października 2017 roku o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego, ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2017 r. poz. 2245). W wyniku tej nowelizacji wprowadzono do ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi art. 30a w brzmieniu: „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” oraz dodano do art. 34 ust. 4a w brzmieniu: „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 alkometru 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 mianowicie „Ponadto, NIK zwraca uwagę, że w 2007 r. na potrzeby GKRPA zakupiony został alkometr oraz ustniki do alkometru za kwotę łączną 600 zł. Zakup wymienionego sprzętu na potrzeby GKRPA nie był zasadnym w świetle postanowień art. 41 ust.1 pkt. 1-7 ustawy o wychowaniu w trzeźwości”.

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

Zdarza się, że osoba, w stosunku do której wpłynął wniosek o wszczęcie procedury, nie przyjmuje zaproszenia gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych na rozmowę lub stawia się przed komisją, ale neguje nadużywanie alkoholu albo osoba zgłaszająca nie stawia się na spotkanie komisji. W powyżej sytuacji należałoby każdorazowo rozważyć następujące 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, to gminna komisja powinna kontynuować dalsze działania wynikające z ustawy. Powinna zatem skierować osobę na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego. Natomiast w sytuacji, gdy z zawiadomienia nie wynika, że doszło do spełnienia przesłanek społecznych oraz przesłanki nadużywania alkoholu, a brak kontaktu

z wnioskodawcą, jak i zgłaszającym uniemożliwia przyjęcie odmiennej interpretacji, wówczas warto rozważyć możliwość umorzenia postępowania.

- przygotowanie dokumentacji związanej z postępowaniem sądowym wraz z opinią wydaną przez biegłego (art. 26 ust. 3 ustawy), do której należą: opinia wydana przez biegłych, protokół z rozmowy z osobą zgłaszającą do komisji przypadek nadużywania alkoholu, protokół z rozmowy z osobą uzależnioną od alkoholu (o ile do takiej rozmowy doszło), inne informacje w sprawie. Jeśli osoba uzależniona nie stawiała się na rozmowę w terminie wskazanym przez komisję ani też na badanie przez biegłych, należy dołączyć do wniosku informację o podjętych w tej sprawie czynnościach (liczba i terminy zaproszeń wraz z informacją o niestawieniu się tej osoby). Warto podkreślić, że jakkolwiek postępowanie przed gminną komisją nie jest postępowaniem administracyjnym w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2018 r., poz. 2096 ze zm.), 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 cywilnego (Dz.U. z 2019 r. poz. 1460, ze zm.) zawierał oznaczenie sądu, do którego jest kierowany oraz imiona i nazwiska uczestników postępowania, ich przedstawicieli ustawowych i pełnomocników; oznaczenie rodzaju pisma; osnovę wniosku lub oświadczenia oraz dowody na poparcie przytoczonych okoliczności; podpis strony albo jej przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika; wymienienie załączników; dokładne określenie żądania oraz przytoczenie faktycznych okoliczności uzasadniających. Pismo to może również zawierać wnioski o wezwanie na rozprawę określonych świadków lub biegłych, żądania dowodów znajdujących się w sądach, urzędach lub u osób trzecich. Do wniosku należy dołączyć odpis, a wraz z pismem wnieść opłatę. Zgodnie z art. 23 ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 785, ze zm.) od wniosku o wszczęcie postępowania nieprocesowego pobiera się opłatę stałą w wysokości 40 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 komisją 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.

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 one interes prawny w sposobie rozstrzygnięcia sprawy. O uzyskaniu statusu uczestnika orzeka sąd w drodze postanowienia, na które przysługuje zażalenie.

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

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nie zawiera przepisów odnoszących się do kwestii stosowania przymusu bezpośredniego wobec osób zobowiązanych do leczenia odwykowego w trybie tej ustawy. Analizując natomiast regulacje ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2018 r. poz. 1978) należy natomiast 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 psychiatryczne), w przypadku których doszło do spełnienia przesłanek, wymienionych w art. 23, 24 i 29 tej ustawy. Zauważyć także należy, że inne regulacje odnoszące się do niedobrowolnego pobytu osób z zaburzeniami psychicznymi w szpitalu psychiatrycznym zawierają odrębne regulacje dotyczące stosowania przymusu bezpośredniego w stosunku do ww. pacjentów. Przykładowo wskazać należy chociażby art. 204a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 2019 r. poz. 676), zgodnie z którym „wobec sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym można stosować środki przymusu bezpośredniego na zasadach, w trybie i w sposób określony w przepisach o ochronie zdrowia psychicznego” brak jest zatem

podstaw do uznania, by art. 34 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego stanowił samodzielną podstawę do stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów innych niż umieszczeni na podstawie art. 23, 24 i 29 tej ustawy.

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

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

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

Celem pobytu w placówce leczniczej nie jest izolacja pacjenta od otoczenia czy ochrona rodziny przed przemocą domową stosowaną przez pacjenta. Ten cel musi być realizowany w inny sposób, chociaż zobowiązanie do leczenia może być jednym z elementów pomagania osobom doświadczającym przemocy. Placówki leczenia uzależnienia od alkoholu nie pełnią roli aresztów. Ochronę rodziny osoby uzależnionej przed przemocą powinny zapewnić interdyscyplinarne oddziaływania służb i instytucji działających w ramach zespołów interdyscyplinarnych oraz realizujących procedurę „Niebieskie Karty”. Leczenie uzależnienia u osoby stosującej przemoc czy osoby zakłócającej porządek publiczny w związku z nadużywaniem alkoholu nie może być jedynym rodzajem oddziaływań w sytuacji wystąpienia przemocy w rodzinie.

Biegli sądowi

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 roku w sprawie biegłych z przedmiocie uzależnienia od alkoholu (Dz.U. z 2007 r., Nr 250, poz. 1883 ze zm.) biegłych po-

wołuje przy sądzie okręgowym prezes tego sądu. Opinię w przedmiocie uzależnienia od alkoholu wydają wspólnie, po przeprowadzonych badaniach, lekarz psychiatra i psycholog albo lekarz psychiatra i specjalista psychoterapii uzależnień.

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

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

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

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

ROZDZIAŁ VIII

Kompetencje członków gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych

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.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych we współpracy z Zespołem ekspertów ds. lokalnych i regionalnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych przygotowała kolejną, znowelizowaną edycję *Ramowego programu 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.

We wskazówkach merytorycznych dotyczących poszczególnych zajęć podano informacje dotyczące tematów oraz ich zawartości. Dodano także wskazówki doprecyzowujące zagadnienia z danego obszaru. Do każdego z obszarów zaproponowano formę jego realizacji. Program rozesłano do wszystkich gmin w Polsce.

Proponowany program jest wskazówką co do wymagań dotyczących 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 zagadnienia, jak:

- uzależnienie od alkoholu, leczenie osób uzależnionych, picie ryzykowne i szkodliwe, strategie pomocy oraz programy ograniczania picia;
- rodzina z problemem alkoholowym, w tym współuzależnienie;

-
- pierwszy kontakt z klientem gminnej komisji – osobą uzależnioną, zobowiązaną do leczenia odwykowego oraz dorosłym członkiem jej rodziny; sytuacja dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym oraz strategię pomocy organizowanej w środowisku lokalnym z uwzględnieniem pracy socjoterapeutycznej; 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;
 - 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.

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, Pracy i Polityki Społecznej w Wytycznych do prowadzenia szkoleń w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie²³.

²³ Źródło: <https://www.gov.pl/web/rodzina/wytyczne-do-prowadzenia-szkolen-w-zakresie-przeciwdzialania-przemocy-w-rodzinie> (dostęp: 23.09.2019 r.)

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, udzielenie pomocy społecznej). Udostępnienie danych wrażliwych w innym celu nie jest dopuszczalne. Dlatego, jeżeli instytucje zwracają się do gminnej komisji o udostępnienie danych bez związku z celem, w jakim mogą te dane pozyskiwać w świetle od-

powiednich przepisów, np. w celu uzyskania informacji o przebiegu postępowania o zobowiązanie do leczenia odwykowego osoby, co do której złożyły wniosek, udzielenie takich informacji nie będzie już możliwe.

Warto wspomnieć, że z dniem 1 stycznia 2020 roku wejdą w życie przepisy ustawy z dnia 31 lipca 2019 roku o zmianie niektórych ustaw w celu ograniczenia obciążeń regulacyjnych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1495). Ustawa ta przewiduje między innymi zmiany w ustawie Prawo przedsiębiorców. Najważniejsza zmiana dotyczy art. 48 ust. 3 pkt 5 ww. ustawy. Do tej pory zawiadomienie o kontroli musiało zawierać imię, nazwisko oraz podpis osoby udzielającej upoważnienia z podaniem zajmowanego stanowiska lub funkcji, natomiast od 2020 roku będzie to imię, nazwisko oraz podpis osoby upoważnionej do zawiadomienia z podaniem zajmowanego stanowiska lub funkcji.

Rozdział IX

Tryby realizacji zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

Wprowadzenie

Aby odpowiedzieć na pytanie, w jakim trybie (i na podstawie jakiej ustawy) realizować dane zadanie z gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych należy – na wstępie – odpowiedzieć na szereg 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 ustawie 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).

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 o 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 na lata 2016–2020 (Dz.U. z 2016 r. poz. 1492), który obowiązuje od 17 września 2016 roku.

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 za-

mówieniach 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 z dnia 27 sierpnia 2004 roku 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 regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane.

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 „zewnętrznymi” 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). Ponadto nakłada obowiązek informowania przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, będący jednocześnie świadczeniodawcą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia o zawarciu takiej umowy z jednostką samorządu tery-

torialnego oraz obowiązek przekazywania kopii dokumentacji rozliczeniowej prowadzonej z tą jednostką (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. 48 b (vide art. 48c)

albo

Fundusz może przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych określone 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 miałyby zastosowanie tryb zlecenia zadań przewidziany w ustawie o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, a nie tryb przewidziany przepisami ustawy o zdrowiu publicznym.

Rozdział X

Możliwości gmin w zakresie ograniczania dostępności fizycznej alkoholu

Z dniem 9 marca 2018 roku weszła w życie ustawa z dnia 10 stycznia 2018 roku o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o bezpieczeństwie imprez masowych. Nowelizacja ta wprowadziła kilka zmian, które mają za zadanie ułatwić radom gmin kształtowanie polityki dotyczącej ograniczania dostępności fizycznej alkoholu. O ile nowe uchwały w przedmiocie limitów zezwoleń i usytuowania miejsc sprzedaży napojów alkoholowych funkcjonują już w obrocie prawnym, to – do tej pory – niewiele samorządów skorzystało z możliwości wprowadzenia zakazu nocnej sprzedaży napojów alkoholowych. Natomiast doświadczenia gmin, które z ww. opcji skorzystały i chciały podzielić się swoimi opiniami wskazują, że zmiana ta pozytywnie przełożyła się występowanie w gminie problemów skorelowanych ze sprzedażą napojów alkoholowych.

Ograniczenia w nocnej sprzedaży napojów alkoholowych – art. 12 ust. 4

Rada gminy może ustalić, w drodze uchwały, dla terenu gminy lub wskazanych jednostek pomocniczych gminy, ograniczenia w godzinach nocnej sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży. Ograniczenia mogą dotyczyć sprzedaży prowadzonej między godziną 22:00 a 6:00.

W związku z powyższym należy uznać, że ograniczenia mogą zostać wprowadzone dla całości gminy lub wskazanych jednostek pomocniczych, a więc dzielnic, osiedli czy sołectw. Z przepisu tego **nie wynika** uprawnienie dla rady gminy do wprowadzenia ograniczenia na innym obszarze niż obszar gminy czy danej jednostki pomocniczej. Nie można zatem wprowadzać ograniczenia na obszarze, który jest tylko częścią wymienionych (np. terenu rynku będącego częścią dzielnicy).

Warto również wskazać, że wprowadzenie ograniczeń w nocnej sprzedaży napojów alkoholowych jest fakultatywne i rada gminy nie musi z tego uprawnienia korzystać. Warto wskazać w tym miejscu, że w uzasadnieniu do projektu ustawy zmieniającej podkreślono, że: *Ponadto, z uwag, na liczne sygnały ze strony prezydentów miast, w kwestii wprowadzenia upoważnienia dla rady gminy do ustalania w drodze uchwały godzin sprzedaży napojów alkoholowych w punktach sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży, proponuje się odpowiedni przepis, który będzie regulował powyższe zagadnienie. Konieczność wprowadzenia*

powyższej zmiany jest wysoce sprzyjająca działaniom służącym ograniczeniu spożycia napojów alkoholowych. Wprowadzenie możliwości ograniczania godzin nocnej sprzedaży stanowi zatem wyjście naprzeciw oczekiwaniom władz miast w tym zakresie.

Uchwała o ograniczeniu nocnej sprzedaży, zgodnie z art. 12 ust. 5, musi zostać przedstawiona do opinii jednostkom pomocniczym gminy. Statut odpowiedniej jednostki pomocniczej powinien określać tryb i formę, w jakiej powinna być udzielona opinia oraz organ właściwy do jej wydania. W miejscowościach, w których znajdują się jednostki wojskowe, zgodnie z art. 12 ust. 6, wprowadzenie ograniczenia w nocnej sprzedaży może być ustalone dopiero po zasięgnięciu opinii właściwego dowódcy garnizonu.

Rozdział XI

Rekomendowane stawki finansowe

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/symposium. 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.**

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 – wynagrodzenie **200–500 zł**,

Wykład dydaktyczny powinien opierać się na konspekcie, którego udostępnienia może oczekiwać organizator szkolenia.

Stosowanie stawki powyżej 300 zł powinno być zarezerwowane dla wykładowców z wyższym wykształceniem.

Seminaria i warsztaty szkoleniowe dla profesjonalistów

- **seminaria i warsztaty** powinny być prowadzone na podstawie konspektu lub scenariusza, którego udostępnienie może być oczekiwane przez organizatora szkolenia,

Przy zlecaniu zadań zleceniodawca musi znać liczbę godzin, stawki, liczbę i wielkość grup oraz kwalifikacje prowadzących.

Wysokość wynagrodzenia **100–200 zł**.

- **treningi psychologiczne**

Trening jest prowadzony w małych grupach w ramach szkolenia profesjonalnego.

Liczebność grup maksimum 15 uczestników przy jednym prowadzącym.

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

Wysokość wynagrodzenia **100–150 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 100–200 zł od jednej osoby odbywającej staż.
- **Zajęcia profilaktyczne i edukacyjno-rozwojowe dla dzieci, młodzieży, rodzin oraz nieprofesjonalistów:**
 - zajęcia profilaktyczne dla młodzieży – wynagrodzenie **30–75 zł**,
 - zajęcia opiekuńczo-wychowawcze dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym – wynagrodzenie **25–40 zł**,
 - zajęcia socjoterapeutyczne – wynagrodzenie **35–70 zł**.

Przy zlecaniu 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 **100–150 zł**.

- **Systematyczne dyżury interwencyjno-wspierające**, wynagrodzenie **30–60 zł**.
- **Programy terapeutyczne oraz pomoc rehabilitacyjna** dla osób uzależnionych i członków ich rodzin (w tym DDA):
 - godzina psychoterapii indywidualnej w ramach programu terapeutycznego – wynagrodzenie **80–100 zł**,
 - godzina psychoterapii grupowej w ramach programu terapeutycznego – wynagrodzenie **90–150zł**,
 - mikroedukacja dla pacjentów w programach terapeutycznych – wynagrodzenie **40–80 zł**,
 - superwizja indywidualna lub grupowa specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień – wynagrodzenie **120–200 zł**,
- **Działania interwencyjno-wspierające dla członków rodzin, w których występują problemy alkoholowe:**
 - systematyczne dyżury interwencyjno-wspierające – wynagrodzenie **30–60 zł**,
 - oddziaływania edukacyjno-korekcyjne dla sprawców przemocy – wynagrodzenie **40–65 zł**,
 - konsultacje specjalistów (prawnik, lekarz, psycholog kliniczny) – wynagrodzenie **45–70 zł**,
 - zajęcia terapeutyczne dla osób doświadczających przemocy – wynagrodzenie **40–65 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.

Inne zadania i zalecane stawki:

- **Teksty autorskie zatwierdzone do publikacji i rozpowszechniania – Uśrednione stawki autorskie to 45–110 zł** za stronę znormalizowanego maszynopisu, tj. 1800 znaków.
- **Tłumaczenia tekstu 45–70 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”.

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 prawnych²⁴

- 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. z 2015 r. poz. 1630.
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 września 2015 roku w sprawie organów uprawnionych obok Policji do prowadzenia dochodzeń oraz organów uprawnionych do wnoszenia i popierania oskarżenia przed sądem pierwszej instancji w sprawach, w których prowadzono dochodzenie, jak również zakresu spraw zleconych tym organom – Dz.U. z 2018 r., poz. 522.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 roku w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu – Dz.U. z 2018 r. poz. 2410.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2012 roku w sprawie kursu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii oraz szczególnych warunków i trybu kierowania na badania lekarskie lub badania psychologiczne w zakresie psychologii transportu – Dz.U. z 2019 r. poz. 140.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – Dz.U. z 2019 r. poz. 1285.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi – Dz.U. z 2012 r. poz. 734.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 roku w sprawie biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu – Dz.U. Nr 250, poz. 1883 ze zm.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2003 roku w sprawie treści, wielkości, wzoru i sposobu umieszczania na reklamach piwa napisów informujących o szkodliwości spożywania alkoholu lub o zakazie sprzedaży alkoholu małoletnim – Dz.U. Nr 199, poz. 1950.
- Rozporządzenie 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/WE – Dz.U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1, ze zm.

²⁴ Stan prawny na dzień 11 września 2019 roku.

-
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 roku w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” – Dz.U. z 2011 r., Nr. 209 poz. 1245.
 - Ustawa o zatrudnieniu socjalnym z dnia 13 czerwca 2003 roku – Dz. U. z 2019 r., poz. 217 ze zm.
 - Ustawa z dnia 10 czerwca 2016 roku o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw – Dz.U. z 2016 r. poz. 960.
 - Ustawa z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych – Dz.U. z 2018 r., poz. 1000 ze zm.
 - Ustawa z dnia 10 stycznia 2018 roku o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o bezpieczeństwie imprez masowych – Dz.U. z 2018 r. poz. 310.
 - Ustawa z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym – Dz.U. z 2018 r., poz. 1492 ze zm.
 - Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej – Dz.U. z 2019 r. poz. 1507 ze zm.
 - Ustawa z dnia 12 października 2017 roku o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego, ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – Dz.U. z 2017 r. poz. 2245.
 - Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego – Dz.U. z 2018 r., poz. 2096 ze zm.
 - Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej – Dz.U. z 2018 r., poz. 2190 ze zm.
 - Ustawa z dnia 17 listopada 1964 roku Kodeks postępowania cywilnego – Dz.U. z 2019 r. poz. 1460, ze zm.
 - Ustawa z dnia 21 lutego 2019 roku o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania 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/WE – Dz.U. z 2019 r. poz. 730.
 - Ustawa z dnia 22 lutego 2013 roku o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw – Dz.U. z 2013 r. poz. 509
 - Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie – Dz.U. z 2019 r. poz. 688 ze zm.
 - Ustawa z dnia 24 listopada 2018 roku o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznej oraz niektórych innych ustaw – Dz.U. z 2017 r. poz. 2439.
 - Ustawa z dnia 25 lutego 1964 roku Kodeks rodzinny i opiekuńczy – Dz.U. 2017 poz. 682 ze zm.
 - Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 roku Kodeks pracy – Dz.U. z 2019 r. poz. 1040 ze zm.
 - Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi – Dz.U. z 2018 r. poz. 2137, ze zm.

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Dz.U. z 2019 r. poz. 1590 ze zm.
- Ustawa z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych – Dz.U. z 2019 r., poz. 785, ze zm.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie – Dz.U. z 2015 r. poz. 1390, ze zm.
- Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych – Dz.U. z 2016 r. poz. 922.
- Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych – Dz. U. z 2018 r., poz. 1986 ze zm.
- Ustawa z dnia 31 lipca 2019 roku o zmianie niektórych ustaw w celu ograniczenia obciążeń regulacyjnych – Dz.U. z 2019 r. poz. 1495.
- Ustawa z dnia 5 stycznia 2011 roku o kierujących pojazdami – Dz.U. z 2019 r. poz. 241, ze zm.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny wykonawczy – Dz.U. z 2019 r. poz. 676.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks postępowania karnego – Dz.U. z 2018 r. poz. 1987 ze zm.
- Ustawa z dnia 6 marca 2018 roku Prawo przedsiębiorców – Dz.U. z 2019 r., poz. 1292
- Ustawa z dnia 7 kwietnia 1989 roku Prawo o stowarzyszeniach – Dz.U. 2017, poz. 210, ze zm. z 2019 r., poz. 713.
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym – Dz.U. z 2019 r. poz. 506, ze zm.
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej – Dz.U. z 2019 r. poz. 1111 ze zm.
- Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego – Dz.U. z 2018 r. poz. 1978.



