

Rekomendacje

do realizowania i finansowania
gminnych programów
profilaktyki i rozwiązywania problemów
alkoholowych w **2021** roku



Zespół redaktorów i recenzentów:
Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Projekt graficzny, skład i łamanie:
Piotr Szymanik

Korekta:
Aneta Zdunek

Copyright © Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

ISBN 978-83-88075-57-5

Wydanie I
Warszawa 2020

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.....	31
ROZDZIAŁ III	
Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży	45
Rozdział IV	
Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych	75
Rozdział V	
Podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13 ¹ i 15 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego.....	81
ROZDZIAŁ VI	
Wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej.....	91
Rozdział VII	
Instytucja zobowiązania do leczenia odwykowego.....	95
ROZDZIAŁ VIII	
Kompetencje członków gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych	111
Rozdział IX	
Tryby realizacji zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.....	115
Rozdział X	
Możliwości gmin w zakresie ograniczania dostępności fizycznej alkoholu na przykładzie ograniczenia nocnej sprzedaży alkoholu	123

Rozdział XI

Szczególne regulacje, wytyczne i rekomendacje związane
z wprowadzeniem stanu epidemii125

Rozdział XII

Rekomendowane stawki finansowe133

Wykaz aktów prawnych.....139



WSTĘP

Szanowni Państwo,

rok 2020 został zdominowany przez stan epidemii COVID-19, co skutkowało wprowadzeniem Ustawy z dnia 2 marca 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.

W związku z koniecznością realizacji obowiązku zachowania dystansu społecznego i związanymi z tym obostrzeniami, zmianie uległo funkcjonowanie różnych instytucji i placówek, w tym miejsc pomocy dla osób uzależnionych i ich rodzin. Wobec nadal trwającej sytuacji epidemicznej, postanowiliśmy poświęcić temu tematowi osobny rozdział, zatytułowany „Szczególne regulacje, wytyczne i rekomendacje związane ze stanem epidemii”. Mamy nadzieję, że informacje, które tam się znajdują, będą pomocne i pozwolą, pomimo stanu epidemii, świadczyć pomoc i wsparcie członkom rodzin z problemem alkoholowym i problemem przemocy.

23 czerwca 2020 roku weszła w życie Ustawa z dnia 19 czerwca 2020 roku o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych na zapewnienie płynności finansowej przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19 (Dz.U. z 2020 r. poz. 1086). Zawiera ona istotne zmiany w zakresie zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych oraz wydatkowania środków pochodzących z opłat za te zezwolenia.

Pragniemy jednakże przypomnieć, że gminy mają obowiązek realizacji zadań wynikających z Ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2019 r. poz. 2277)¹ związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracją społeczną osób uzależnionych od alkoholu, które określone są w gminnych programach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Stan epidemii i wprowadzone w związku z tym szczególne regulacje nie zwalniają z obowiązku realizacji zadań własnych samorządów w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

W tym zakresie należy również mieć na uwadze, że ze względu na zamknięcie punktów gastronomicznych w początkowym okresie stanu epidemii oraz późniejsze ograniczenie ich działalno-

¹ Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi – Dz.U. z 2019 r., poz. 2277 ze zm., dalej jako: ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

ści, wpływy do budżetu gminy za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych do spożycia w miejscu sprzedaży za rok 2020 z pewnością będą mniejsze. Dlatego rekomendujemy ostrożność w wydatkowaniu środków pochodzących z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych na przeciwdziałanie COVID-19. Zalecenie to jest podyktowane troską o zapewnienie realizacji zadań w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych w roku 2021. Środki niewykorzystane w 2020 roku, w perspektywie mniejszych dochodów w roku następnym, powinny zostać przeznaczone na realizację gminnych programów w kolejnym roku, czyli 2021.

Z uwagi na liczne pytania kierowane do Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych dotyczące rekomendowanych stawek finansowych za wykonywane usługi w ramach realizacji zadań gminnego programu, a także fakt, iż stawki te nie były nowelizowane w ostatnich latach, Państwowa Agencja postanowiła podwyższyć rekomendowane kwoty za wykonywane działania o 15%, kierując się również rosnącym poziomem inflacji w Polsce.

Zespół Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych



ROZDZIAŁ I

ZWIĘKSZANIE DOSTĘPNOŚCI POMOCY TERAPEUTYCZNEJ I REHABILITACYJNEJ DLA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU

Wprowadzenie

Zrealizowane w Polsce badania epidemiologiczne² pozwalają szacować liczbę osób uzależnionych od alkoholu na ok. 600 tys., zaś osób pijących alkohol szkodliwie – na ok. 2,5 mln.

Na mocy art. 21 Ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi leczenie osób uzależnionych od alkoholu odbywa się w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych, wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia stacjonarnego i całodobowego oraz ambulatoryjnego, w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej³. 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.

Rozporządzenia ministra zdrowia, opisujące funkcjonowanie placówek leczenia uzależnienia od alkoholu w *sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu*⁴ oraz w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień*⁵, używają w swoich tytułach określenia „uzależnienie”, jednak w rzeczywistości obejmują wskazania do leczenia w tych placówkach osoby z różnymi rodzajami zaburzeń związanych

² Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. (2012). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski, raport z badań. Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej* – EZOP Polska, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

³ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – Dz.U. z 2020 r., poz. 295 ze zm., dalej jako: ustawa o działalności leczniczej.

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 r. w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu – Dz.U. z 2018 r., poz. 2410 z późn. zm., dalej jako: rozporządzenie w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu.

⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – Dz.U. z 2019 r., poz. 1285 z późn. zm., dalej jako: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

z używaniem 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 rozpoznane zaburzenia 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 psychiatrzy, 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 uzależnienia.

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 społecznej⁶, 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.

⁶ Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej – Dz.U. z 2019 r. poz. 1507, ze zm., dalej jako: ustawa o pomocy społecznej.

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

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 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 z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej lub
2. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷.

● **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.

⁷ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 1398, dalej jako: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z art. 5 pkt 29a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez program polityki zdrowotnej należy rozumieć zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej, ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawie stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego. Zgodnie z art. 48a ust. 4 ww. ustawy projekt programu polityki zdrowotnej jest przekazywany do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w celu jego zaopiniowania. Agencja sporządza opinię w sprawie projektu programu polityki zdrowotnej w terminie 2 miesięcy od dnia jego otrzymania. Programy te nie muszą mieścić się w zakresie świadczeń gwarantowanych w rozumieniu tej ustawy.

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

Ustawą z dnia 10 czerwca 2016 roku o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw⁸ do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dodane zostały art. 9a i art. 9b, określające zasady finansowania świadczeń gwarantowanych przez jednostki samorządu terytorialnego dla mieszkańców wspólnoty samorządowej.

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. Natomiast zgodnie z art. 9a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Omawiane przepisy przyznają zatem jednostkom samorządu terytorialnego kompetencję do finansowania zakupu świadczeń gwarantowanych dla członków swojej wspólnoty samorządowej.

Zakres świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzależnienia od alkoholu wyznacza rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Ustawa przewiduje, że omawiane finansowanie będzie się odbywać na podstawie umowy zawieranej pomiędzy jednostką samorządu terytorialnego a podmiotem leczniczym, przy czym pierwszeństwo zawierania takich umów przyznaje podmiotom leczniczym, dla których ta jed-

⁸ Ustawa z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw – Dz.U. z 2016 r. poz. 960.

nostka jest podmiotem tworzącym lub podmiotem leczniczym, będącym spółką kapitałową, w której jest jedynym albo większościowym udziałowcem albo akcjonariuszem (art. 9b).

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

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

Co roku ze środków gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych samorządy wydatkują środki na sfinansowanie dodatkowych etatów terapeutycznych w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych stoi na stanowisku, że osoba zatrudniona w podmiocie leczniczym za pieniądze pochodzące z dotacji gminy nie powinna wykonywać świadczeń zakontraktowanych z NFZ, bowiem stwarza to zagrożenie sytuacją podwójnego finansowania tych samych świadczeń. PARPA rekomenduje jednostkom samorządu terytorialnego zakup dodatkowych świadczeń gwarantowanych w trybie wskazanym w art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do realizacji których podmiot leczniczy powinien zatrudnić dodatkowych terapeutów.

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

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

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

Programy psychoterapii uzależnienia od alkoholu

Badania dowodzą, że skuteczność leczenia uzależnienia od alkoholu zależy w dużym stopniu od nieprzerwanego zaangażowania pacjentów w trwające do 24 miesięcy programy terapeutyczne. Nie tylko czas trwania, ale przede wszystkim obszary pracy terapeutycznej decydują o kompleksowości i ciągłości opieki. Najczęściej na całość leczenia składa się:

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

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

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

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

Zgodnie z art. 22 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi zarządy województw organizują wojewódzkie ośrodki terapii uzależnienia i współuzależnienia, zwane WOTUW-ami, które, poza leczeniem pacjentów, mają dodatkowe zadania, między innymi – ocenę jakości świadczeń w zakresie leczenia uzależnienia udzielanych na terenie województwa czy monitorowanie funkcjonowania placówek leczenia uzależnienia od alkoholu w zakresie dostępności świadczeń. Oznacza to, że WOTUW-y mogą służyć samorządom gminnym pomocą w ocenie zasobów i potrzeb 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 terapeutycznej. Bardzo ważne jest, aby w leczeniu, poza terapią grupową, zagwarantować pacjentom systematyczne sesje psychoterapii indywidualnej. Rekomendowanym standardem są cotygodniowe spotkania pacjentów z terapeutami prowadzącymi ich leczenie. Realizacja tego standardu wymaga jednak zatrudnienia odpowiedniej liczby specjalistów psychoterapii uzależnień, co często uniemożliwia zbyt niska wysokość środków finansowych w ramach kontraktów z NFZ. Zakup indywidualnych sesji psychoterapeutycznych, celem zwiększenia ich liczby w programie, może w istotny sposób poprawić efekty leczenia osób uzależnionych.

Programy ograniczania picia alkoholu

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

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

Rekomenduje się poszerzanie ofert placówek leczenia uzależnienia od alkoholu o programy nakierowane na ograniczenie spożywania alkoholu i zakup takich programów oraz finansowanie szkoleń terapeutów w zakresie umiejętności pracy terapeutycznej ukierunkowanej na ograniczanie spożywania alkoholu przez pacjentów. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, wraz z Zespołem doradców dyrektora PARPA ds. leczenia odwykowego, opracowała rekomendacje do tworzenia i realizowania programów ograniczania picia alkoholu w placówkach leczenia uzależnień oraz propozycję programu szkolenia dla realizatorów tej oferty. Można się z nimi zapoznać na stronie internetowej www.parpa.pl w zakładce „Lecznictwo odwykowe”.

Programy terapii dla młodzieży uzależnionej i zagrożonej uzależnieniem

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

Młodzież wymaga innego podejścia, uwzględnienia w programie faktu używania różnych substancji psychoaktywnych, specyfiki wieku rozwojowego, konstruktywnego zagospodarowania wolnego czasu, poczucia przynależności i uczestniczenia w grupach rówieśniczych.

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

Programy zdrowotne dla dzieci i młodzieży są dłuższe i droższe, a ponieważ NFZ nie różnicuje znacząco kosztów leczenia osób dorosłych i niepełnoletnich, warto zakupić takie programy lub przynajmniej specyficzne dla nich elementy, np. pracę z rodzicami lub z całym rodzinami.

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

W rodzinach z problemem alkoholowym nierzadko dochodzi do przemocy. Dlatego niezwykle istotne jest, aby w placówkach leczenia uzależnień była prowadzona wstępna diagnoza zjawiska przemocy domowej u każdego nowego pacjenta. Niektóre placówki mają w swojej ofercie programy terapii dla osób doświadczających przemocy domowej oraz programy terapii dla osób stosujących przemoc. Gmina powinna wspierać finansowo zakup takich programów, a także wyposażać biblioteczki placówek w publikacje o tematyce przemocy oraz zadbać o przeszkolenie w tym kierunku wybranych pracowników leczących osoby uzależnione.

Programy redukcji szkód

Programy redukcji szkód to oddziaływania indywidualne i/lub grupowe, których celem jest ograniczenie szkód zdrowotnych, psychologicznych i społecznych, wynikających ze spożywania alkoholu oraz poprawa funkcjonowania psychospołecznego klientów. Bezpośrednim celem programów nie jest zatem abstynencja ani ograniczenie konsumpcji alkoholu, lecz zmniejszenie konsekwencji wynikających z intensywnego, długotrwałego uzależnienia 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, rozwiązanie najistotniejszych problemów bytowych.

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

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

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 w zakresie uzyskania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień

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

Odębne 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 ukoń-

czeniu 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 wyżej;
- ✓ 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 wyżej;
- ✓ zaświadczenie wydane przez dyrektora PARPA potwierdzające status osoby uczestniczącej w programie szkolenia prowadzącym do uzyskania certyfikatu instruktora terapii uzależnień.

Osoby będące w trakcie zdobywania certyfikatu powinny wystąpić do dyrektora PARPA o wydanie im zaświadczenia potwierdzającego ich status osoby uczestniczącej w programie szkole-

nia 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: akredytowane 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. Na koniec 2019 roku certyfikaty specjalistów psychoterapii uzależnień posiadało już 2051 osób, zaś certyfikaty instruktorów terapii uzależnień – 457 osób.

Do 31 grudnia 2018 roku tryb zdobywania tytułów specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień regulowało 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 społecznymi⁹ 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: specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień, publikowane na stronie internetowej PARPA www.parpa.pl.

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. 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.

31 grudnia 2018 roku weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 roku w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu, które wprowadziło zmiany w programie szkolenia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień oraz szkolenia w zakresie instruktora terapii uzależnień, prowadzonego przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA). Zgodnie z 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 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 31 grudnia 2018 roku, a zajęcia rozpoczęły 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 potwierdzać fakt, że uczestnik został zrekrutowany przed 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 i Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Superwizorzy PTP-ów mogą być szczególnie przydatni do superwizowania pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi w ponadpodstawowym programie terapii, pracy z członkami rodzin osób uzależnionych oraz osobami uzależnionymi ze współwystępującymi innymi zaburzeniami psychicznymi.

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

Dofinansowanie pracy konsultanta programu terapeutycznego

W przypadku zespołu składającego się z osób dopiero rozpoczynających zdobywanie kwalifikacji zawodowych, zwłaszcza w placówce, w której nie ma opracowanego programu terapeutycznego, użyteczne jest sfinansowanie usług konsultacyjnych specjalisty psychoterapii uzależnień, mającego doświadczenie w kierowaniu placówką leczenia uzależnień i wdrażaniu programów terapeutycznych. Konsultant pomoże stworzyć program terapeutyczny i przygotować zespół placówki do jego realizacji. Aby uzyskać pomoc w znalezieniu konsultanta, należy skontaktować się z wojewódzkim ośrodkiem terapii uzależnienia i współuzależnienia w swoim województwie bądź z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Konsultant powinien posiadać następujące kwalifikacje:

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

Dofinansowanie remontu i adaptacji placówek

Warunkiem niezbędnym do efektywnego prowadzenia terapii jest posiadanie lokalu wyposażonego w odpowiednią liczbę sal do sesji psychoterapii grupowej i gabinetów do prowadzenia sesji psychoterapii indywidualnej. Podstawą w tym zakresie powinno być posiadanie co najmniej dwóch sal do terapii grupowej i dwóch gabinetów do spotkań indywidualnych oraz pokoju do rejestracji, pokoju dostosowanego do badań lekarskich, a także oddzielnych sanitariatów dla personelu i pacjentów. Pomieszczenia powinny spełniać normy określone ogólnymi przepisami dla podmiotów udzielających świadczeń leczniczych. Z uwagi na charakter oddziaływań psychoterapeutycznych wewnątrz placówek powinny być czyste, estetyczne, wyposażone w meble i sprzęt przydatny do prowadzenia psychoterapii. Układ pomieszczeń musi zapewniać pacjentom dyskrecję i komfort psychiczny, a ich liczba i wyposażenie w całodobowym oddziale terapii uzależnienia od alkoholu muszą być zgodne z ogólnymi przepisami dla oddziałów całodobowych. Oznacza to m.in. zadbanie o właściwy poziom higieny, zapewnienie zaplecza do realizacji niezbędnych świadczeń medycznych, posiadanie odpowiednio dużych powierzchni mieszkalnych. Całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu powinien mieć sale do prowadzenia sesji psychoterapii grupowej i gabinety do prowadzenia sesji psychoterapii indywidualnej. Zatem w ramach zadań gminnego programu rekomenduje się dofinansowywanie remontu i adaptacji placówek w celu dostosowania 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. W nawiązaniu rekomendowanym będzie dofinansowywanie wyposażenia placówek w niezbędne meble oraz sprzęty.

Zakup materiałów edukacyjnych dla pacjentów i terapeutów w placówce

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

Tworzenie nowej placówki leczenia uzależnienia od alkoholu przez gminę lub związek gmin

W miastach liczących powyżej 25 tys. mieszkańców oraz tam, gdzie czas dojazdu mieszkańców do poradni publicznym środkiem transportu przekracza 1 godzinę, warto, aby rada gminy (zwią-

zek gmin) rozważyła pomysł utworzenia ambulatoryjnej placówki terapii uzależnienia. W ramach realizacji ww. zadania rekomenduje się dofinansowanie remontu lub adaptacji budynku, przystosowanie i wyposażenie pomieszczeń do grupowych oraz indywidualnych zajęć terapeutycznych, dofinansowanie szkoleń pracowników oraz sfinansowanie usług konsultanta, który będzie nadzorował tworzenie programu terapeutycznego i jego realizację. Należy zaznaczyć, że zapisy ustawy o działalności leczniczej dopuszczają pełnienie przez jednostkę samorządu terytorialnego funkcji organu tworzącego placówkę. Zgodnie z art. 6 ust. 2 ww. ustawy może być ona utworzona jedynie w formie jednostki budżetowej, spółki kapitałowej bądź samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Jej funkcjonowanie nie powinno stanowić stałego obciążenia finansowego dla samorządu terytorialnego, gdyż główne koszty bieżącego działania placówki powinny być pokrywane przez NFZ.

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. Dziesięć osób ukończyło długie, 500-godzinne szkolenie, co stało się podstawą do tworzenia oferty pomocy w zmianie szkodliwych zachowań dla osób niesłyszących z problemami alkoholowymi. Agencja wspiera także funkcjonowanie telefonu dla osób głuchych z problemami alkoholowymi oraz ich rodzin 601 436 000 (możliwość wideokonferencji; opłata za połączenie zgodna z cennikiem operatora), a także strony internetowej www.pa-nieslyszacy.info, na której można znaleźć informacje w języku migowym na temat problemów alkoholowych i aktualną ofertę pomocy dla osób głuchych z problemami alkoholowymi.

Rekomenduje się finansowanie nauki języka migowego dla specjalistów psychoterapii uzależnień, szkoleń w obszarze leczenia osób uzależnionych dla psychologów będących doradcami osób z uszkodzonym słuchem lub finansowanie świadczeń tłumacza migowego, umożliwiających komunikację osoby głuchej z terapeutą w placówce leczenia uzależnienia od alkoholu.

Jak znaleźć tłumacza języka migowego?

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

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

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

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 ustaw¹⁰ rozszerzyła katalog typów domów pomocy społecznej o domy dla osób uzależnionych od alkoholu. Aktualnie w polskich domach pomocy społecznej działają dwa oddziały dla osób uzależnionych od alkoholu: w Pleszewie i Krakowie. Pobyty mieszkańców na tych oddziałach jest czasowy, tzn. po zakończeniu programu mieszkańcy wracają

¹⁰ Ustawa z dnia 22 lutego 2013 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw – Dz.U. z 2013 r. poz. 509.

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, stres i obciążenia. Optymalnym zaleceniem dla osób starszych w zakresie spożywania alkoholu jest abstynencja, zwłaszcza wtedy, gdy są one chore i przyjmują jakiegokolwiek leki.

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

Uświadamianie osobom starszym, ich rodzinom i osobom zawodowo opiekującym się osobami starszymi ryzyka spożywania alkoholu w 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 około 2200 punktów konsultacyjnych, które udzielają pomocy osobom z problemami alkoholowymi i członkom ich rodzin. Powinny być one tworzone przede wszystkim w tych gminach, w których nie ma placówek leczenia uzależnienia od alkoholu lub dostęp do nich jest utrudniony, np. ze względu na dużą odległość lub skomplikowany dojazd.

Podstawy prawne i zadania punktów informacyjno-konsultacyjnych

Punkty informacyjno-konsultacyjne tworzone są na terenie gmin na podstawie art. 4¹ ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Stanowi on, że działania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracją społeczną osób uzależnionych od alkoholu należą do zadań własnych gmin. W szczególności działania te mają służyć zwiększaniu dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej osobom uzależnionym od alkoholu oraz udzielanie pomocy rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie.

Wśród działań służących realizacji strategii redukcji szkód, rehabilitacji (readaptacji, reintegracji) zdrowotnej, społecznej i zawodowej, których realizatorami są między innymi jednostki samorządu terytorialnego, przywoływane są następujące zadania:

- zwiększanie dostępności i podnoszenie jakości specjalistycznych świadczeń w zakresie leczenia uzależnienia od alkoholu;
- poszerzanie i udoskonalanie oferty leczenia uzależnienia od alkoholu, w tym o programy ograniczania picia alkoholu, oraz popularyzowanie metod mających naukowo dowiedzoną skuteczność;
- zwiększanie oferty działań zmierzających do aktywizacji zawodowej i społecznej osób uzależnionych od alkoholu lub zwiększanie dostępu do istniejących form wsparcia;
- wspieranie działalności środowisk abstynenckich;
- zwiększanie dostępności i podniesienie jakości pomocy dla członków rodzin z problemem alkoholowym;
- zwiększanie dostępności i podniesienie jakości pomocy dla osób doznających przemocy w rodzinie, w szczególności z problemem alkoholowym;

- podejmowanie działań interwencyjnych i edukacyjnych adresowanych do osób stosujących przemoc w rodzinie;
- reedukacja osób, które prowadziły pojazdy, będąc pod wpływem alkoholu;
- zwiększanie dostępności pomocy dla dzieci z FASD oraz ich opiekunów.

Punkty konsultacyjne pełnią ważną rolę w lokalnym systemie pomocy. Z badania pn. „Funkcjonowanie i oferta punktów konsultacyjnych”, przeprowadzonego na zlecenie PARPA w 2019 roku, wynika, iż zarówno w opiniach klientów, jak i pracowników ocena jakości usług PIK-ów jest pozytywna.

W swoich wypowiedziach pracownicy PIK-ów najczęściej odwołują się do kompleksowości oferty, zainteresowania klientów, skuteczności i powrotów klientów, natomiast klienci wskazują przede wszystkim na kwalifikacje i profesjonalizm zatrudnionej w PIK-ach kadry oraz ich dostępność.

Podstawowymi zadaniami punktu konsultacyjnego jest:

- 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.

Z uwagi na to, iż głównym klientem PIK-ów są osoby z problemami alkoholowymi, rekomendowanym rozwiązaniem jest zatrudnienie na kilka godzin w tygodniu specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień, który pracuje w placówce leczenia uzależnienia, a jak wynika z badania, aż 37% punktów nie zatrudnia takiej osoby.

Koniecznym jest podkreślić, iż w punktach informacyjno-konsultacyjnych nie może być prowadzona psychoterapia osób uzależnionych, która jest zbiorem świadczeń zdrowotnych, a te udzielane są wyłącznie przez podmioty realizujące działalność leczniczą. Zatem punkty konsultacyjne nie są (i nie mogą być!) alternatywą czy konkurencją dla placówek leczenia uzależnień.

Psychoterapeuta czy instruktor terapii uzależnień mogą w PIK-ach motywować do podjęcia leczenia, udzielać porad, ale nie mogą prowadzić psychoterapii.

Warto zaznaczyć, że priorytetem gminnego programu powinno być wspieranie w pierwszej kolejności rozwoju profesjonalnych programów terapii uzależnienia w placówkach leczniczych, a dopiero później tworzenie punktów konsultacyjnych.

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

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

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

Kompetencje osób dyżurujących w punkcie informacyjno-konsultacyjnym

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

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

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

17% punktów konsultacyjnych współpracuje z prawnikiem i pedagogiem, 15% – z pracownikiem socjalnym, 8% – z psychologiem dziecięcym, a tylko 11 gwarantuje pomoc certyfikowanego spe-

cialisty w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie, chociaż ponad 80% punktów podaje, iż pomaga osobom doświadczającym przemocy w rodzinie. Warto zwrócić uwagę na to, aby taką pomoc świadczyły osoby odpowiednio do tego przygotowane.

Ukończenie własnej terapii nie zapewnia wystarczających kwalifikacji do pracy w punkcie konsultacyjnym. Nie jest też wskazane zatrudnianie w takim punkcie członków gminnych komisji, którzy nie mają odpowiedniego przygotowania do udzielania pomocy psychologicznej i porad.

Jeśli to możliwe, należy zadbać o przeszkolenie personelu punktu w wyżej wymienionym zakresie oraz nadzór superwizyjny nad pracą pracowników punktu.

Tylko około 12% specjalistów/instruktorów terapii uzależnień pracujących w punktach jest poddawanych superwizji. Wsparcie superwizyjne dla pozostałych specjalistów jest jeszcze rzadsze. W sumie objęło ono konsultantów (pedagogów, psychologów i specjalistów ds. przeciwdziałania przemocy) w niespełna 10% PIK-ów.

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

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

Zwiększenie dostępności istniejącej już oferty PIK może nastąpić poprzez:

- poszerzenie czasu pracy punktu o godziny popołudniowe i ewentualnie poranne;
- wydłużenie czasu konsultacji;
- zwiększenie liczby dyżurów;
- zwiększenie liczby godzin konsultacji.

Z badania wynika, że zarówno klienci, jak i pracownicy badanych punktów wskazują na brak prowadzenia działań informacyjnych na temat działalności PIK-u.

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

Sposobem na poprawę rozpowszechniania informacji może być umieszczanie ogłoszeń o swojej działalności na stronach internetowych urzędów, utworzenie własnych stron internetowych,

ogłoszenia w prasie lokalnej, natomiast w mniejszych miejscowościach dodatkowym działaniem może być dostarczenie informacji osobom znaczącym w gminie i mającym bezpośredni kontakt ze społecznością lokalną.

Jeśli osoba zgłaszająca się do PIK-u jest osobą niesłyszącą, warto pamiętać, że art. 11 Ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 roku o języku migowym i innych środkach komunikowania się¹¹ stanowi, że organ administracji publicznej zapewnia m.in. dostęp do świadczenia usług tłumacza języka migowego. Przy czym osoba niesłysząca jest zobowiązana zgłosić chęć skorzystania ze świadczenia ze wskazaniem wybranej metody komunikowania się do właściwego ze względu na właściwość sprawy organu administracji publicznej, co najmniej na 3 dni robocze przed tym zdarzeniem, z wyłączeniem sytuacji nagłych. Zgłoszenie powinno być dokonane w formie określonej przez organ administracji publicznej, w sposób dostępny dla osób uprawnionych. Po dokonaniu zgłoszenia organ administracji publicznej jest zobowiązany do zapewnienia obsługi osoby uprawnionej w terminie przez nią wyznaczonym lub z nią uzgodnionym. Organ administracji publicznej, w przypadku braku możliwości realizacji świadczenia, zawiadamia wraz z uzasadnieniem osobę uprawnioną, wyznaczając możliwy termin realizacji świadczenia lub wskazując na inną formę realizacji uprawnień określonych w niniejszej ustawie.

Informacje na temat, jak znaleźć odpowiedniego tłumacza języka migowego, zamieszczono w rozdziale I, punkt: „Tworzenie oferty pomocy dla osób niesłyszących pijących problemowo”.

¹¹ Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się – t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1824.

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

PARPA podjęła też działania mające na celu opracowanie projektu programu pracy terapeutycznej z parą, w której jedna z osób jest uzależniona, 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 dostępne są do pobrania na stronie internetowej PARPA w zakładce E-PUBLIKACJE.

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 nad jego funkcjonowaniem, 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 za-

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

Nie wszystkie osoby wychowujące się w rodzinie alkoholowej doświadczają nasilonych objawów zespołu DDA. Większość dobrze sobie radzi ze sobą i swoimi problemami, a jeśli przeżywa trudności – skutecznie je pokonuje bez pomocy specjalistów. DDA mogą osiągać wiele sukcesów w życiu, zwłaszcza zawodowym. Nasilenie cech charakterystycznych dla syndromu DDA może jednak przeszkadzać w codziennym funkcjonowaniu. Wówczas takie osoby wymagają profesjonalnej pomocy, która może przybierać różne formy, w zależności od indywidualnej sytuacji i potrzeb. Może to być: edukacja, poradnictwo, interwencja kryzysowa, pomoc psychologiczna w rozwoju osobistym, motywowanie do podjęcia psychoterapii (pomoc o charakterze krótkotrwałym), psychoterapia (krótko- i średnioterminowa). Zatem nie każde działanie kierowane do tej grupy osób jest psychoterapią i wymaga specjalnych uprawnień zawodowych. Z kolei psychoterapia osób z syndromem DDA powinna być prowadzona przez psychoterapeutów lub osoby w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatów szkół psychoterapeutycznych. Inne formy pomocy psychologicznej dla DDA mogą realizować specjaliści psychoterapii uzależnień, zwłaszcza ci, którzy ukończyli dodatkowo specjalistyczne szkolenia na temat pomagania DDA.

Pomaganie osobom z syndromem DDA 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

Wprowadzenie

Na podstawie badań naukowych określono, iż w Polsce 943 tys. dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat ma rodziców z problemami wynikającymi z picia¹². Populacja ta stanowi ok. 13% tej grupy wiekowej. Odsetek ten waha się od 11% wśród dzieci do 4. roku życia do prawie 15% w grupie wiekowej 13–17 lat. Dzieci te stanowią grupę ryzyka – ze względu na kumulację czynników ryzyka (obciążenia genetyczne, niekorzystne środowisko rozwoju, zaniedbania wychowawcze ze strony rodziców, normy oraz wzorce rodzinne i środowiskowe) są szczególnie narażone na podejmowanie zachowań ryzykownych, w tym wczesną inicjację alkoholową i ryzykowne spożywanie alkoholu. Bardzo istotną formą pomocy tej grupie dzieci jest włączenie ich w program realizowany w opiekuńczych i specjalistycznych (realizujących program socjoterapeutyczny) placówkach wsparcia dziennego oraz na zajęciach socjoterapeutycznych i rozwojowych, prowadzonych przez samorządy lokalne.

¹² Moskaiewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. (red.), *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska*, op. cit.

Do zadań własnych gminy należy udzielanie wsparcia członkom rodzin osób uzależnionych od alkoholu, w tym dzieciom (art. 4¹ ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi). Pomoc ta może mieć różną formę, odbywać się w kontakcie indywidualnym lub 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 zastępczej¹³. Warunki lokalowe PWD określa Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 13 października 2015 roku w sprawie wymagań lokalowych i sanitarnych, jakie musi spełniać lokal, w którym ma być prowadzona placówka wsparcia dziennego¹⁴, 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 powinniśmy raczej mówić o prowadzeniu zajęć. 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 praca merytoryczna związana z realizacją zajęć w takiej formule nie będzie się niczym różnić od pracy w placówce wsparcia dziennego.

Ze środków uzyskanych za wydawanie zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych (art. 18² ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi) można finansować cały zakres działalności PWD – zarówno koszty merytoryczne (wynagrodzenie, materiały do zajęć, poczęstunek), jak i bieżące funkcjonowanie istniejącej już placówki (opłaty za media, drobne naprawy, remonty niezbędne do 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 udzielającego 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. Praca z grupą dzieci ma szansę być prowadzona w lepszy sposób w zespole, niż kiedy realizowana jest w pojedynkę.

¹³ Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej – t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 821.

¹⁴ 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.

Jak wynika z analizy ankiet PARPA-G1, każdego roku ok. 170 tys. dzieci korzysta 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. Przeciętnie 1/3 z tej grupy to dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.

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

W 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 autorstwa M.J. Sochockiego i B. Walczaka pt. „Badanie organizacji i funkcjonowania miejsc pomocy dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym”¹⁵ z 2018 roku.

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

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

¹⁵ Raport opracowany na zlecenie PARPA, 2018 r. Materiał wewnętrzny PARPA.

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

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

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 pokazują, że samorządy lokalne znaczne środki wydają na jednorazowe festyny i inne imprezy plenerowe, spektakle profilaktyczne, imprezy sportowe (turnieje, wyścigi, olimpiady itp.), czyli działania o nieznannej skuteczności, które nie pełnią funkcji profilaktycznej, a o części z nich wręcz wiadomo, że nie są efektywne. Badania pokazują, że jedynie długofalowe programy uczące radzenia sobie z emocjami, dojrzałego budowania relacji z innymi, kształtujące system wartości przekładają się na ograniczenie w przyszłości przez ich uczestników używania substancji psychoaktywnych i podejmowania innych zachowań ryzykownych. Można zaryzykować twierdzenie, że z punktu widzenia udzielania skutecznej pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym duże kwoty uzyskiwane z wydawania zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych są wydawane nieefektywnie. Warto więc zwiększyć wykorzystanie środków uzyskiwanych z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych do podejmowania skutecznych działań, które będą podnosiły jakość i zakres udzielanej pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym. Z badań i raportu NIK wynika, że działalność placówek wsparcia dziennego, które spełniają swoją rolę i są niezwykle istotnym elementem w systemie udzielania pomocy dzieciom, jest niedofinansowana. Istotne uwagi w tym zakresie zawiera raport z badania funkcjonowania placówek wsparcia dziennego z regionu łódzkiego na temat potrzeb i barier w udzielaniu skutecznej pomocy dzieciom. 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. szkoła¹⁶.

¹⁶ „Funkcjonowanie placówek wsparcia dziennego z regionu łódzkiego. Bariery i potrzeby” badanie naukowe zrealizowane przez Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi na zlecenie Regionalnego Centrum Polityki Społecznej w Łodzi, 2016.

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

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

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:

- gminę;
- podmiot, któremu gmina zleciła prowadzenie placówki na podstawie art. 190 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej – a zgodnie z art. 190 ust. 2 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej do zlecenia realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, stosuje się Ustawę z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie¹⁷ oraz
- podmiot, który uzyskał zezwolenie wójta (warunki otrzymania zezwolenia wójta opisane są w art. 19 ustawy).

¹⁷ Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie – t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 1057.

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 rozwią-

zywania problemów alkoholowych. Przy zatrudnianiu wychowawców należy pamiętać o art. 22 Kodeksu pracy¹⁸. 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.

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

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

Organizowanie i finansowanie superwizji 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.

¹⁸ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy – t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 1320.

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, a 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. Analiza danych z ostatnich kilku lat pokazuje, że na zadania związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie gminy wydają około 5% środków przeznaczonych na profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych.

Nadużywanie alkoholu stanowi istotny czynnik ryzyka wystąpienia przemocy w rodzinie. W 2019 roku policjanci podjęli ponad 74 tys. interwencji (z wykorzystaniem procedury „Niebieskie Karty”) w sytuacji podejrzenia przemocy w rodzinie. Prawie 57% osób stosujących przemoc w rodzinie w czasie interwencji policji 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 2019 roku członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w ponad 2,8 tys. przypadków podejrzenia przemocy w rodzinach z problemem alkoholowym uruchomili procedurę „Niebieskie Karty”.

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

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

Przemoc w rodzinie jest problemem, który ciągle wzbudza niedowierzanie lub jest bagatelizowany. Mimo prowadzonych w ciągu ostatnich lat działań informacyjno-edukacyjnych na temat zjawiska przemocy w rodzinie, zdarza się, że osoby doznające przemocy w rodzinie spotykają się z negatywnymi reakcjami świadków przemocy i przedstawicieli służb. Ponadto ofiarom przemocy w rodzinie brakuje informacji na temat mechanizmów przemocy w rodzinie, możliwości uzyskania pomocy czy obowiązujących procedur interwencyjnych i prawnych, które pozwolą zatrzymać przemoc. Brakuje również konstruktywnych przekazów dla sprawców przemocy w rodzinie – nie tylko odnoszących się do konsekwencji stosowania przemocy wobec najbliższych, ale także możliwości radzenia sobie ze złością lub agresją.

W związku z powyższym rekomenduje się zwiększenie aktywności w zakresie 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 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 służą szkolenia, kursy, konferencje. Konieczne jest, aby prowadzone w ramach tych przedsięwzięć zajęcia, miały także charakter praktyczny (warsztatowy), ponieważ taki rodzaj pracy sprzyja ćwiczeniom i udoskonalaniu pracy z klientem. Z informacji nadesłanych przez gminy (ankieta PARPA-G1) wynika, że aktywność samorządów lokalnych w tym zakresie jest ciągle niewystarczająca.

W związku z powyższym rekomenduje się:

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

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

Rekomenduje się również, aby gminy zadbały o to, aby profesjonaliści 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 ten temat na stronie internetowej www.parpa.pl.

Zwiększenie dostępności i podniesienie jakości pomocy dla osób doznających przemocy

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

W związku z powyższym rekomenduje się:

- tworzenie, wspieranie i finansowanie miejsc pomocy osobom doznającym przemocy w rodzinie – dorosłym i dzieciom – oferujących kompleksową i długofalową pomoc: psychologiczną, terapeutyczną (indywidualną i grupową), socjoterapeutyczną, socjalną, medyczną itp.;
- wspieranie 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).

W okresie pandemii COVID-19 rekomenduje się zapewnienie osobom doznającym przemocy (dorosłym i dzieciom) możliwości utrzymywania kontaktu z profesjonalistami, także z wykorzystaniem narzędzi elektronicznych (telefon, Skype, e-mail, Zoom itp.). Należy także pamiętać, że pobyt rodziny w kwarantannie może być czynnikiem ryzyka nasilenia przemocy w rodzinie, a ograniczony kontakt ze środowiskiem zewnętrznym ogranicza swobodę wypowiedzi osób doznających przemocy (np. w związku z obecnością osoby stosującej przemoc) i tym samym utrudnia skuteczne poszukiwanie pomocy. Z danych działającego na zlecenie PARPA Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” wynika, że w czasie trwania pandemii COVID-19 prawie czterokrotnie zwiększyła się liczba e-maili w sprawach związanych z przemocą w rodzinie.

Warto też pamiętać, że Ustawa z dnia 30 kwietnia 2020 roku o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw¹⁹ wprowadza uprawnienie dla Policji i Żandarmerii Wojskowej do wydania wobec osoby stosującej przemoc w rodzinie nakazu natychmiastowego opuszczenia mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia oraz zakazu zbliżania się do mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia. Rozwiązanie to ma służyć skuteczniejszej ochronie osób doznających przemocy w rodzinie.

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. Konieczne jest więc zapewnienie oferty pomocy nie tylko dla osób doznających przemocy, ale i dla osób stosujących przemoc. Zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu przemocy

¹⁹ Ustawa z dnia 30 kwietnia 2020 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw – Dz.U. poz. 956.

w rodzinie powiaty są zobowiązane realizować na swoim terenie programy korekcyjno-edukacyjne dla osób stosujących przemoc w rodzinie. Jednak w wielu przypadkach pożądanym jest ich prowadzenie i finansowanie także przez gminy, tak aby adresaci programów mieli do nich łatwy dostęp. Ograniczona możliwość udziału w programie z uwagi na jego niedostępność negatywnie wpływa na już i tak niską motywację osobistą osoby stosującej przemoc do zmiany zachowania wobec najbliższych. Ponadto problemem jest rekrutacja uczestników takich programów, związana m.in. ze stosunkowo niską liczbą orzekanych przez sądy obowiązków uczestnictwa w ww. programach.

W związku z powyższym rekomenduje się:

- wdrażanie i finansowanie programów oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych (jeśli osoby stosujące przemoc nie mają dostępu do tego rodzaju oddziaływań na terenie powiatu);
- przygotowanie przedstawicieli służb mających kontakt z osobami stosującymi przemoc do motywowania tych osób do udziału w programach oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych;
- nawiązanie i rozwijanie współpracy między przedstawicielami różnych służb, w tym przedstawicielami wymiaru sprawiedliwości (prokuratorzy, sędziowie, kuratorzy) w celu kierowania osób stosujących przemoc w rodzinie do programów korekcyjno-edukacyjnych;
- usprawnienie współpracy, w tym przepływu informacji między przedstawicielami różnych służb, ze szczególnym uwzględnieniem policji i kuratorskiej służby sądowej, w celu przeprowadzania szybszej i skuteczniejszej interwencji wobec sprawców przemocy, szczególnie tych, którzy uprzednio skazani, ponownie dopuszczają się zachowań przemocowych wobec członków rodziny.

ROZDZIAŁ III

PROWADZENIE PROFILAKTYCZNEJ DZIAŁALNOŚCI INFORMACYJNEJ I EDUKACYJNEJ W ZAKRESIE ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH I PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII, W SZCZEGÓLNOŚCI DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

Wprowadzenie

Picie alkoholu przez młodych ludzi jest najczęstszym zachowaniem ryzykownym i warto o tym pamiętać przy ustalaniu priorytetów w działaniach profilaktycznych. Spożywanie alkoholu przez osoby niepełnoletnie często prowadzi do podejmowania innych zachowań ryzykownych i – jak podkreślają specjaliści – zaburza proces rozwojowy. Problemem jest nie tyle uzależnienie, które może dotknąć część młodych ludzi w przyszłości, ale przede wszystkim wiele szkód i konsekwencji bieżących. Wśród nich można wymienić np. upośledzenie czynności poznawczych: koncentracji uwagi, zapamiętywania, uczenia się, kontroli emocji. Wyniki najnowszych ogólnopolskich badań, zrealizowanych w 2019 roku przez Instytut Psychiatrii i Neurologii na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (ESPAD – *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*), wskazują, iż chociaż raz w ciągu całego swojego życia piło 84% uczniów w wieku 15–16 lat i 96% uczniów w wieku 17–18 lat. Picie napojów alkoholowych jest na tyle rozpowszechnione, że w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem piło 47% 15–16-latków i 76% 17–18-latków. Porównanie wyników badania z 2019 roku z wynikami wcześniejszych badań wskazuje na trend spadkowy rozpowszechnienia picia w młodszej grupie badanych zapoczątkowany w 2007 roku. Wcześniej obserwowano tendencję wzrostową.

Choć badania z ostatnich lat wskazują na to, że rośnie grupa abstynentów, to nadal odsetek tych, którzy przechodzą inicjację alkoholową przed ukończeniem 18. roku życia, jest wysoki. W ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem picie alkoholu deklarowało 46% 15–16-letnich chłopców i 47% dziewcząt (w roku 2015 było to odpowiednio 50% i 47%). W grupie 17–18-latków do picia w ciągu ostatnich 30 dni przyznało się 76% chłopców (w 2015 roku – 83%) i 75% dziewcząt (w 2015 roku było to 81%).

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

ślenie tych obszarów, które wymagają większej uwagi ze strony służb i instytucji oraz osób pracujących z dziećmi i młodzieżą. Analiza wyników poszczególnych edycji badań wskazuje na pewne pozytywne tendencje. Nadal jednak niektóre dane są niepokojące, np. wciąż wysoka dostępność alkoholu dla młodych ludzi: za niemożliwe do zdobycia piwo uznało zaledwie 4,6% uczniów młodszych i 1,7% starszych (badania ESPAD z roku 2019 roku).

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

W związku z realizacją wyżej wymienionego zadania samorządy lokalne w 2019 roku na działania związane z profilaktyką przeznaczyły ze środków pochodzących z opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych ok. 160 mln złotych. Kolejne 62 mln złotych przeznaczono na pozalekcyjne zajęcia sportowe. 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 (833 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. Pozwalają bardziej precyzyjnie określić granicę między profilaktyką i promocją zdrowia, a także między profilaktyką i leczeniem uzależnień oraz innych zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu.

Profilaktyka uniwersalna – są to działania profilaktyczne adresowane do całych grup (populacji), bez względu na stopień indywidualnego ryzyka występowania problemów związanych z używaniem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i nowych substancji psychoaktywnych lub uzależnień behawioralnych. Ich celem jest zmniejszanie lub eliminowanie czynników ryzyka sprzyjających rozwojowi problemów w danej populacji i wzmacnianie czynników wspierających prawidłowy rozwój. Działania z obszaru pro-

filaktyki uniwersalnej są realizowane na przykład w populacji dzieci i młodzieży, młodych dorosłych, w populacji rodziców posiadających dzieci w wieku szkolnym itd. Przykładem są programy opóźniania inicjacji alkoholowej lub nikotynowej, adresowane do całej populacji dzieci wchodzących w okres pierwszych eksperymentów z substancjami psychoaktywnymi.

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

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

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

Międzynarodowy zespół powołany przez UNODC (*The United Nations Office on Drugs and Crime*), czyli Biuro Narodów Zjednoczonych ds. Narkotyków i Przemocności, 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).

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*		
				Mentorzy*		
					Działania w miejscach rozrywki**	
Praca					Profilaktyka w miejscu pracy***	
Zdrowie				Wczesne rozpoznanie i krótkie interwencje****		

Jak widać w powyższej tabeli, międzynarodowe standardy obejmują bardzo szerokie spektrum adresatów, zdecydowanie wykraczając poza tradycyjne myślenie o profilaktyce jako działaniach skierowanych jedynie do dzieci i młodzieży. Dowody naukowe wskazują, że znaczące ograniczenie ryzyka rozwoju problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych można uzyskać poprzez wdrożenie profilaktyki jak najwcześniej, np. pracując z rodzinami małych dzieci i wspierając rozwój maluchów z grup podwyższonego ryzyka na etapie przedszkola. Zwiększa to szanse dzieci na dalszy prawidłowy rozwój i realizację zadań rozwojowych, które będą się przed nimi pojawiały w kolejnych etapach życia. Jasno z tego wynika, że w budowaniu lokalnych strategii i programów należy myśleć jak najbardziej systemowo, nie ograniczając się jedynie do działań edukacyjnych skierowanych do uczniów czy haseł typu: rozbudowa oferty spędzania wolnego czasu, ale należy obejmować refleksją również takie czynniki, jak: dostępność alkoholu (liczba punktów), przestrzeganie zakazu sprzedaży alkoholu nieletnim, szukanie rozwiązań problemów dla różnych grup wiekowych z naciskiem na budowanie normy na abstynencję lub uczenie kontroli nad piciem w przypadku osób dorosłych.

Coraz częściej podkreśla się też fakt, iż profilaktyką powinny zajmować się osoby, które są dobrze przygotowane do tego merytorycznie. W chwili obecnej nie ma żadnych prawnych standardów określających kompetencje osób, które podejmują się realizacji programów profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży. W związku z tym zostały podjęte prace nad wdrożeniem programu potwierdzania kwalifikacji zawodowych osób realizujących programy profilaktyczne adresowane do dzieci i młodzieży z zakresu profilaktyki używania substancji psychoaktywnych i uzależnień behawioralnych. Pozwoli to na poprawę jakości realizowanych programów profilaktycznych i stworzy przejrzyste zasady co do kompetencji osób realizujących działania profilaktyczne oraz standardów realizacji takich działań. Kompetencje, jakie powinny posiadać osoby realizujące działania profilaktyczne, są takie same – niezależnie od tego, czy głównym celem prowadzonych działań jest ograniczenie picia alkoholu, palenia papierosów, używania nielegalnych substancji psychoaktywnych czy też przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym. W związku z tym prace te będą zintegrowane z prowadzonymi już przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii działaniami zmierzającymi do wypracowania procedury certyfikowania profilaktyków uzależnień.

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

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

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

wspierać finansowo wszystkie działania, które placówka zaplanuje (np. kółka zainteresowań, zajęcia korekcyjno-wyrównawcze, pikniki szkolne, wycieczki, konkursy, świetlice szkolne itp.). Finansowanie powinno obejmować zadania ściśle związane z celami określonymi w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, czyli realizację działań profilaktycznych, a nie np. edukacyjnych, 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. Ważne jednak, by wsparcie ze strony samorządu obejmowało programy obejmujące przede wszystkim zagrożenia związane z alkoholem i substancjami psychoaktywnymi lub szeroki zakres zachowań ryzykownych, a nie koncentrowało się wybiórczo na pojedynczych zagrożeniach (np. cyberprzemoc, nadużywanie gier lub internetu, bezpieczeństwo w sieci czy dopalacze).

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

Samorząd lokalny może realizować profilaktykę nie tylko poprzez finansowanie realizacji zajęć profilaktyczno-edukacyjnych (jeżeli odbywają się w ramach zajęć pozalekcyjnych, pozaetatowych obowiązków nauczycieli), ale np. poprzez szkolenia i podnoszenie kompetencji nauczycieli czy realizatorów programów profilaktycznych. Warto podkreślić, iż w pierwszej kolejności nacisk powinien być położony na wdrażanie programów o potwierdzonej skuteczności. 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 upowszechniać praktyki i programy profilaktyczne oparte na dowodach naukowych, popularyzować wiedzę na temat skutecznych strategii profilaktycznych oraz metod konstruowania programów.

Realizacja programów rekomendowanych

W chwili oddawania Rekomendacji do druku w bazie programów rekomendowanych znajdowały się 24 programy na trzech poziomach rekomendacji:

- **Poziom I Program obiecujący**

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

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

Program Domowych Detektywów (program został oceniony na najwyższy poziom rekomendacji w międzynarodowej bazie programów EDDRA) – szkolny program profilaktyki uniwersalnej dla uczniów w wieku 10–12 lat oraz ich rodziców i nauczycieli, ukierunkowany na zapobieganie inicjacji alkoholowej.

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

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

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

Program profilaktyczno-wychowawczy EPSILON – program promocji zdrowia psychicznego ukierunkowany na rozwijanie umiejętności osobistych i społecznych dzieci w wieku 7–9 lat oraz poprawę ich psychospołecznego funkcjonowania.

Wspomaganie rozwoju psychospołecznego dzieci nieśmiałych – szkolny program profilaktyki selektywnej adresowany do dzieci nieśmiałych w wieku 10–11 lat, wspomagający ich rozwój psychospołeczny, realizowany w formie 15 dwugodzinnych zajęć warsztatowych w klasie szkolnej.

Laboratorium Wiedzy Pozytywnej – program zawiera trzy moduły: moduł dla gimnazjalistów – 12 sesji (każda po 2 godziny dydaktyczne), dwa 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 dwóch 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 jednodziennego 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 IV–VI) – program zajęć wychowawczo-profilaktycznych dla klas IV–VI szkół podstawowych – zajęcia w ramach tego programu są w założeniu kontynuacją zajęć prowadzonych w klasach I–III. W IV klasie realizowanych jest 25 zajęć 45-minutowych, w V klasie – 26 zajęć, w VI klasie – 28 zajęć. Realizator przeprowadza także dwa spotkania z rodzicami.

Program ARS, czyli jak dbać o miłość – program dla uczniów szkół ponadpodstawowych, ich rodziców i nauczycieli. Program jest podzielony tematycznie na trzy części (optymalnie 12 godzin):

- część pierwsza ARS VIVENDI – sztuka życia jest poświęcona zagadnieniom konsekwencji używania substancji psychoaktywnych dla zdrowia i życia,
- część druga ARS AMANDI – sztuka kochania jest poświęcona omówieniu konsekwencji stosowania substancji psychoaktywnych dla różnych aspektów miłości i związków intymnych kobiety i mężczyzny,
- część trzecia ARS GENERANDI – sztuka rodzenia dotyczy zagadnienia konsekwencji używania substancji psychoaktywnych dla zdrowia prokreacyjnego i zdrowia potomstwa.

Profilaktyczny Bank Dobrych Praktyk – 8 modułów szkoleniowych dla nauczycieli (ponad 100 godzin pracy), rozłożonych na jeden rok szkolny. Głównym celem programu jest wzmocnienie w uczniach agresywnych ich odporności, zgodnie z koncepcją *resilience*, poprzez wyposażenie wychowawców w kompetencje, które umożliwią budowanie więzi i wsparcia pomiędzy wychowawcami a uczniami agresywnymi, a także kompetencje w zakresie stwarzania w klasie warunków sprzyjających uzyskiwaniu przez uczniów agresywnych akceptacji i wsparcia ze strony innych uczniów.

Apteczka Pierwszej Pomocy Emocjonalnej – adresatem są uczniowie klas III–VI szkół podstawowych. Celem programu jest rozwijanie w uczniach umiejętności radzenia sobie ze stresem i trudnościami, a także kształtowanie postaw optymizmu, empatii, wytrwałości i wiary w siebie. Przed przystąpieniem do realizacji zajęć z dziećmi nauczyciel lub wychowawca uczestniczy w 14-godzinym szkoleniu dla realizatorów. Szkolenie prowadzone metodami warsztatowymi ma na celu przygotowanie nauczycieli do realizowania zajęć z uczniami, zapoznanie z zawartością programu, metodyką i materiałami do prowadzenia zajęć. Na podstawie szkolenia, a także otrzymanych scenariuszy zajęć – nauczyciel prowadzi z uczniami 30 spotkań (każde trwające ok. 1 godziny lekcyjnej), po 3 spotkania do każdego z 10 tematów programu.

- 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, narkotyków, wczesne zachowania seksualne, przemoc rówieśnicza) realizowany w formie mityngów w dużych grupach.

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

Program wspomagania rozwoju psychospołecznego dzieci nielubianych przez rówieśników z powodu zachowań antyspołecznych – program profilaktyki selektywnej przeznaczony dla dzieci w wieku 10–11 lat. Ma on na celu zmianę statusu społecznego dzieci nielubianych poprzez rozwijanie ich zdolności decentracji poznawczej i samokontroli emocjonalnej oraz wzmacnianie ich poczucia własnej wartości. Program jest realizowany w formie zajęć warsztatowych dla dzieci w czasie 32 spotkań.

Spójrz Inaczej – program zajęć wychowawczo-profilaktycznych dla klas I–III szkół podstawowych. Program może być realizowany w klasach, świetlicach itp. Realizowany jest w sposób ciągły przez 3 lata: w I klasie – 22 zajęcia 45-minutowe, w II klasie – 21 zajęć, w III – 25 zajęć.

Trzy koła – program daje możliwość wplatania scenariuszy w rutynową pracę nauczyciela: lekcje i 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.

Tutoring szkolny – program pedagogiki dialogu. Program jest skierowany zarówno do szkół podstawowych, ponadpodstawowych, jak i ośrodków socjoterapii, młodzieżowych ośrodków wychowawczych, a oparty jest na przygotowaniu nauczycieli (na pierwszym etapie to 64 godziny szkolenia) do pracy w indywidualnym kontakcie z uczniami.

- Poziom III Program modelowy

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

Przy wyborze programu warto zwrócić uwagę m.in. na jego adekwatność do problemów określonych w diagnozie lokalnej oraz do grupy docelowej (patrz również poziomy profilaktyki opisane powyżej). W klasach młodszych realizuje się zajęcia oparte głównie na rozwoju umiejętności życiowych, ale dzięki ich wdrażaniu, jak pokazują badania międzynarodowe, w starszych klasach pojawia się mniej problemów z używaniem substancji psychoaktywnych. Wydaje się,

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

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

Zagrożenie epidemiologiczne i zmiany organizacyjne związane z funkcjonowaniem placówek utrudniają realizację zajęć profilaktyczno-edukacyjnych w tradycyjnej formie. Nie należy jednak rezygnować z prób docierania do młodych ludzi z przekazem, na jakim nam zależy, choćby przy wykorzystaniu nowych technologii. Ważne jednak, by przekaz nie ograniczał się do wykładu, przesłania filmu czy tekstu do przeczytania, ale jak najbardziej aktywizował młodych ludzi.

Realizacja innych programów profilaktycznych – wskazówki

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

Wypracowane w ramach Systemu Rekomendacji kryteria oceny i standardy jakości programów, dostępne na stronie www.programyrekomendowane.pl, mogą być przydatne dla osób zajmujących się np. ocenianiem ofert programów i działań profilaktycznych. Przy rozpatrywaniu różnych ofert, wniosków konkursowych lub próśb ze strony placówek oświatowych nie należy sugerować się jedynie ceną, wielkością grupy objętej oddziaływaniem, ale przede wszystkim jakością oferty. Najważniejszym i decydującym wskaźnikiem jakości programu powinna być jego skuteczność, udowodniona w dobrze przeprowadzonych badaniach ewaluacyjnych. Ponieważ jednak tylko nieliczne dostępne w Polsce programy zostały poddane takim badaniom, warto przywrzeć 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 rękują wprowadzenia istotnych zmian w zachowaniach dzieci i młodzieży. Wyniki badań naukowych wyraźnie wskazują, że aby spowodować ograniczenie picia alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych, oddziaływania powinny być dość długie i intensywne (najlepiej 10–15 godzin w pierwszym roku) oraz utrwalane w kolejnych latach.
- **Programów prowadzonych wyłącznie przez osoby z zewnątrz, bez udziału nauczycieli.** Współczesna profilaktyka uniwersalna opiera się na systematycznej pracy wychowawczej, której nie zastąpią nawet najbardziej poruszające, jednorazowe lub krótkotrwałe wydarzenia. Dlatego też najlepszymi realizatorami działań profilaktycznych są osoby, które na stałe pracują z daną grupą dzieci lub młodzieży. Specjaliści zewnątrzni mogą oczywiście wspierać szkołę w realizacji jej zadań profilaktycznych, ale nie powinni wyręczać w tym nauczycieli.
- **Programów, które nie przewidują aktywnej współpracy z rodzicami.** Wyniki badań naukowych pokazują, że najbardziej skuteczny jest przekaz docierający do odbiorców z wielu różnych źródeł. Dlatego też dwa najważniejsze w życiu młodego człowieka środowiska wychowawcze – rodzina i szkoła – powinny ze sobą ściśle współpracować, by zmniejszyć niebezpieczeństwo wystąpienia u dziecka problemów wynikających z nieodpowiedzialnych lub ryzykownych zachowań. Ważne jest, aby przekaz kierowany do dzieci i młodzieży był spójny – ma to szczególne znaczenie w sytuacji, gdy rodzice, bagatelizując szkodliwość alkoholu, sami częstują swoje dzieci napojami alkoholowymi przy okazji domowych uroczystości. Rodzice powinni być partnerami szkoły w realizacji działań profilaktycznych, a nie – tak jak uczniowie – tylko adresatami prelekcji lub warsztatów. Dobre efekty daje zaangażowanie rodziców np. do wykonywania wraz z dziećmi zadań domowych dotyczących treści profilaktycznych lub organizacja zajęć, w czasie których rodzice i dzieci wspólnie się uczą i bawią.
- **Programów, których przebieg nie jest jasno opisany i nie mają one dobrze przygotowanych materiałów edukacyjnych.** Profesjonalnie przygotowany program profilaktyczny powinien być opisany w taki sposób, że każdy psycholog lub pedagog, który się z tym opisem zapozna, będzie dokładnie wiedział, jaki jest przebieg wszystkich aktywności i dlaczego zostały one zaplanowane w taki, a nie inny sposób (jaki są założenia i podstawy teoretyczne programu). Zaleca się, by autorzy programu zapewniali wszystkim realizatorom i uczestnikom dobrze przygotowane pod względem merytorycznym i wizualnym materiały. W oczach młodzieży to bardzo podnosi atrakcyjność programu i pozwala na odniesienie się do poruszanych zagadnień również po jego zakończeniu.

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 alkoholowego. Coraz częściej zdarza się bowiem, iż za ofertą realizacji czy sfinansowania oddziaływań profilaktycznych stoi przemysł alkoholowy. W programach realizowanych na zlecenie przemysłu alkoholowego bardzo często w sposób nadmierny podkreślane są pewne treści, przy jednoczesnym ignorowaniu innych ważnych informacji, np. skupienie się na uczeniu kontroli picia i podkreślanie kultury spożywania napojów alkoholowych, budowanie pozytywnych skojarzeń przy jednoczesnym pomniejszaniu wartości abstynencji, przemilczeniu ryzyka strat bieżących czy szkodliwości napojów alkoholowych nie tylko dla młodych ludzi, ale również dla osób dorosłych. W opinii ekspertów łączenie działań profilaktyczno-edukacyjnych związanych ze spożywaniem alkoholu z działalnością przemysłu alkoholowego zakłóca przejrzystość i jednoznaczność komunikatu kierowanego do młodzieży.

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

Pozytywna i silna więź z rodzicami, normy dotyczące 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 przekazanie informacji na temat skali problemu, ale także o pracę nad przekonaniami normatywnymi dotyczącymi picia alkoholu i jego szkodliwości dla młodzieży i dorosłych.

W ocenie specjalistów zajmujących się profilaktyką najbardziej skuteczne są programy oparte na równoległym oddziaływaniu zarówno na rodziców, jak i na dzieci. Rodzice także mogą wiele się nauczyć, uczestnicząc w warsztatach umiejętności wychowawczych (szczególnie rodzi-

ce 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.

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.

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

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

Wdrażanie programów profilaktyczno-interwencyjnych dla upijającej się młodzieży

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 zrealizowane w 2019 roku przez Instytut Psychiatrii i Neurologii (badania ESPAD), do upicia się w ciągu ostatnich 30 dni przyznało się 12,9% chłopców w wieku 15–16

lat i 10% dziewcząt w wieku 15–16 lat – do tej grupy na pewno nie dotrzemy działaniami z obszaru profilaktyki uniwersalnej. Mimo że na przestrzeni lat liczba upijających się osób niepełnoletnich spada, to nadal jest to grupa ponad 10% młodzieży kończącej szkoły podstawowe i rozpoczynającej nowy etap edukacji.

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.

Wspieranie prospołecznych działań młodzieży przez mentorów/tutorów, programów liderkich 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 Europy, dotyczącymi działań profilaktycznych skierowanych do młodzieży.

Taka strategia jest również bardzo ważna w profilaktyce realizowanej przez szkoły. Szkolenia nauczycieli w zakresie pracy indywidualnej, umiejętności dawania wsparcia i pomocy w sytuacjach problemowych wydają się szczególnie istotne w sytuacji, gdy zagrożenie epidemiologiczne zmusza uczniów do izolacji w ich domach, a kontakt poprzez internet staje się szansą nie tylko na dowiedzenie się o jakichś trudnościach, ale i zaoferowania wskazówek, jak sobie radzić z problemami.

Realizacja środowiskowych programów profilaktycznych skierowanych do dzieci i młodzieży

Programy środowiskowe nie powinny być utożsamiane z piknikami czy festynami, 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-infor-

macyjnego). 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 realizację ofert z obszaru kultury, edukacji czy sportu.

Podjęmowanie 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 2019 roku, większość młodych ludzi twierdzi, że nie ma trudności z dostępem do napojów alkoholowych, nawet tych wysokoprocentowych, mimo że sprzedawanie i podawanie alkoholu osobom niepełnoletnim jest przestępstwem. Dlatego nie można pomijać w gminnym programie wszelkich działań wpływających na dostępność alkoholu dla osób niepełnoletnich. 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 także brać udział osoby bezpośrednio sprzedające al-

kohol (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.

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

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

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

Należy podkreślić, że podstawową rolą ewaluacji jest rozwój i poprawa jakości prowadzonych działań i wyeliminowanie ewentualnych błędów. Ewaluacja nie powinna być traktowana jedynie jako instrument kontroli instytucji nadzorujących, ale jako wsparcie realizatorów. Trzeba ją dostosować do możliwości i potrzeb szkoły czy innych realizatorów programu. Warto wykorzystywać jakościowe metody zbierania danych (i ograniczać nadmierne ankietowanie uczniów), czyli informacje i refleksje na temat odbioru działań profilaktycznych poprzez jego realizatorów i odbiorców (uczniowie, rodzice).

Ze względu na podnoszenie jakości prowadzonych działań władze samorządowe powinny zachęcać autorów programów profilaktycznych do przeprowadzania badań ewaluacyjnych, ułatwiać ich realizację w wymiarze finansowym i organizacyjnym czy też zachęcać do zgłaszania programów do bazy programów rekomendowanych w ramach Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego. Dla zapewnienia wysokiej jakości badań

ewaluacyjnych wskazane jest nawiązywanie współpracy z ośrodkami naukowymi i profesjonalnymi badaczami.

Realizacja pozalekcyjnych zajęć sportowych

Na realizację pozalekcyjnych zajęć sportowych i imprez o charakterze rekreacyjno-sportowym samorządy lokalne wydają blisko sześciokrotnie więcej funduszy niż na realizację rekomendowanych programów profilaktycznych, czyli ponad 62 mln złotych. Te dysproporcje są szczególnie niepokojące, zważywszy na fakt, że w wyniku prowadzonych badań naukowych nie udowodniono pozytywnego związku między uczestnictwem młodzieży w takich działaniach a zmianą ich postawy wobec substancji psychoaktywnych. Niektóre badania, np. te realizowane przez Pracownię Profilaktyki Młodzieżowej Pro-M Instytutu Psychiatrii i Neurologii wśród warszawskich gimnazjalistów, wykazały wręcz coś odwrotnego: udział w grupowych zajęciach sportowych 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 abstenenckich, 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.

Edukacja publiczna w zakresie problematyki alkoholowej

Wprowadzenie

Działania dotyczące edukacji publicznej stanowią jedno z zadań gminy związanych z realizacją gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Działania edukacyjne i informacyjne wzmacniają skuteczność innych narzędzi lokalnej polityki wobec alkoholu. W interesie każdego samorządu leży poinformowanie społeczności lokalnej o tym, gdzie i jak szukać pomocy w sytuacjach związanych z negatywnymi konsekwencjami używania alkoholu. Systematyczne edukowanie i szkolenia profesjonalistów pracujących zawodowo w systemie

pomocy dzieciom, młodzieży, rodzinom i osobom z problemem alkoholowym oraz decydentów, którzy mają wpływ na kształt lokalnej polityki wobec alkoholu, są ważnym elementem profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w gminie. Duże znaczenie ma także aktywizacja lokalnych mediów oraz pozyskanie ich jako sprzymierzeńców w tej dziedzinie. Ponadto ważne jest promowanie aktywności gminy w zakresie profilaktyki alkoholowej na forum regionalnym, krajowym i międzynarodowym. To szczególnie istotna kwestia, ponieważ – w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej – polski system rozwiązywania problemów alkoholowych i jego decentralizacja daje szansę każdemu samorządowi na wypracowanie skutecznych rozwiązań dostosowanych do specyfiki danej społeczności lokalnej. Poniżej prezentujemy możliwości zakresu prowadzonych działań, jak również przykłady ich realizacji.

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 FAS²⁰/Światowego Dnia Świadomości FASD²¹ (9 września każdego roku), happeningi, pikniki, konferencje prasowe, debaty w lokalnych

²⁰ FAS – Płodowy Zespół Alkoholowy (*Fetal Alcohol Syndrome*).

²¹ FASD – Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (*Fetal Alcohol Spectrum Disorder*).

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 oraz przedstawicieli różnorodnych grup zawodowych

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

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

Edukacja przedstawicieli różnorodnych grup zawodowych na temat FASD

Jednym z istotnych społecznie zjawisk, któremu warto poświęcić szczególną uwagę w ramach gminnych programów rozwiązywania problemów alkoholowych, jest spożywanie alkoholu w cią-

ży i związane z tym konsekwencje zdrowotne dla dziecka. Szacuje się, że Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD) to najbardziej rozpowszechnione w Europie niegenetyczne schorzenie neurorozwojowe. Trudno jest oszacować rozpowszechnienie spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży. Wyniki różnych badań wskazują na rozpiętość zjawiska w przedziale od 5-10% do aż 39%. Zgodnie z wynikami badania populacyjnego ALICJA (Alkohol i Cięża – Jak Pomóc Dziecku), przeprowadzonego przez PARPA w 2015 roku, w Polsce Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD) występuje nie rzadziej niż u 20 na 1000 dzieci w wieku 7-9 lat. Powyższe wyniki pozwalają przypuszczać, że w Polsce każdego roku na świat przychodzi między 7 a 8 tys. dzieci z FASD. Liczby te wskazują na konieczność prowadzenia działań edukacyjnych adresowanych do przedstawicieli różnych grup zawodowych. Szczególnie należy podkreślić wagę kompetencji grona medycznego, psychologicznego, pedagogicznego, pracowników socjalnych oraz przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości. To od ich wiedzy i niestygmatyzującej, pełnej szacunku i zrozumienia postawy wobec kobiet, które mogły pić alkohol, np. zanim się dowiedziały, że są w ciąży, zależy skuteczność działań profilaktycznych, diagnozy i terapii FASD.

Szczególnie zachęcamy do:

- upowszechniania wśród personelu medycznego placówek podstawowej opieki zdrowotnej i poradni ginekologicznych materiałów dotyczących zapobiegania FASD (www.ciazabezalkoholu.pl/images/file/ZAPOBIEGANIE_FASD.pdf);
- wspierania działań służących poprawie opieki nad dziećmi z FASD i ich rodzinami, m.in. poprzez upowszechnianie informacji na temat badań przesiewowych i kolejnych etapów diagnozy FASD (por. Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Zalecenia opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów, MEDYCINA PRAKTYCZNA – PEDIATRIA – WYDANIE SPECJALNE 1/2020).

Budowanie lokalnych koalicji

Podkreślamy wagę faktu budowania lokalnych koalicji na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, także w ramach porozumień z innymi samorządami lokalnymi czy współpracy z samorządem województwa. Ważne jest również nagłaśnianie tych działań przy okazji różnych wydarzeń w gminie.

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 re-

gionalnych mediach gminnych działań profilaktycznych i ich efektów, prezentowanie wyników lokalnych badań czy planów działania itp. Współpraca z mediami jest ważnym elementem budowania społecznego poparcia dla działań w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz edukacji społecznej.

Monitorowanie skali problemów alkoholowych w środowisku lokalnym

Rekomendujemy monitorowanie skali problemów alkoholowych poprzez prowadzenie badań i sondaży, tworzenie lokalnych diagnoz i ekspertyz (samodzielnie lub zlecając je profesjonalnym instytucjom), pozwalających ocenić aktualny stan problemów alkoholowych na różnych płaszczyznach (np. picie młodzieży, leczenie uzależnienia od alkoholu, przeciwdziałanie przemocy, profilaktyka szkolna i środowiskowa, zmiany na rynku napojów alkoholowych, marketing alkoholowy: reklama, promocja, sponsoring itp.), a także ewaluacja prowadzonych działań profilaktycznych oraz publikowanie wyników tych badań w środowisku lokalnym.

Tworzenie i korzystanie z zasobów online

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.pomaraneczowalnia.pl; www.motywuujemydozmiany.pl; www.powstrzymaj.pl.

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

Działania o charakterze edukacyjnym

Planując działania edukacyjne w obszarze problemów alkoholowych kierowanych do użytkowników dróg, należy pamiętać, aby były one adekwatne do wieku osób w nich uczestniczących. Należy wspomnieć, że nie rekomenduje się działań polegających na prowadzeniu kontroli trzeźwości kierowców w obecności dzieci. Przygotowując programy z zakresu zwiększenia bezpieczeństwa ruchu drogowego, należy mieć na uwadze ich skuteczność i uwzględniać możliwości osiągnięcia maksymalnych efektów przy optymalnych kosztach, rozumianych znacznie szerzej niż tylko nakłady finansowe. Bezpieczeństwo zarówno fizyczne, jak i emocjonalne uczestników jest jednym z podstawowych warunków, jakie musi spełniać taki program.

- Kampanie społeczne z zakresu zwiększenia bezpieczeństwa ruchu drogowego

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

Zazwyczaj osoby zatrzymane za jazdę pod wpływem alkoholu przed wyruszeniem w drogę nie spożywają alkoholu w samotności. Mając to na uwadze, warto adresować działania edukacyjne do świadków takich zdarzeń. Umiejętność asertywnej odmowy ze strony znajomych może być bardziej skutecznym motywatorem do zmiany postawy u 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 spożyciu alkoholu. Dodatkowo w przystępny sposób przedstawiono skutki błędnych decyzji kierowcy, co może zaowocować większą rozważą wśród użytkowników dróg.

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

- Edukacja w szkołach średnich

W ramach podnoszenia świadomości wszystkich uczestników ruchu w zakresie wpływu alkoholu na bezpieczeństwo w ruchu drogowym, wskazane jest nawiązanie kontaktu ze

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

Działania szkoleniowe dla kierowców

- Współpraca z Wojewódzkimi Ośrodkami Ruchu Drogowego i szkołami nauki jazdy

Od 2016 roku obowiązkowe jest włączanie w szkolenie osób ubiegających się o prawo do kierowania pojazdami zajęć na temat wpływu alkoholu na funkcje percepcyjne kierujących pojazdami. Dotyczy to zarówno osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania motocyklem, pojazdami silnikowymi lub tramwajem, jak też instruktorów nauki jazdy.

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

- Programy dla kierowców zawodowych

Wskazane jest także prowadzenie specjalistycznych szkoleń skierowanych do kierowców zawodowych, np. w sektorze transportu publicznego. PARPA rekomenduje, by samorządy lokalne nawiązały stałą współpracę z zakładami pracy zatrudniającymi zawodowych kierowców, np. korporacjami taksówkowymi, firmami przewozowymi i transportowymi itp. Edukacja tej grupy zawodowej powinna obejmować zasadniczo dwa obszary: pierwszy to wpływ alkoholu na organizm, drugi to konsekwencje prawno-społeczne prowadzenia pojazdu pod wpływem alkoholu (zagadnienia z prawa karnego oraz odpowiedzialności cywilnej). Możliwe jest także poszerzenie tematyki szkolenia o zagadnienia dotyczące nietrzeźwości w miejscu pracy.

Działania o charakterze interwencyjno-sprawdzającym

- Współpraca służb

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

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

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

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

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

Adresatami programów reedukacyjnych dla kierowców zatrzymanych za jazdę w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości są osoby odbywające karę pozbawienia wolności bądź te, które otrzymały karę w zawieszeniu za ww. czyny. Przy realizacji programów reedukacyjnych należy szczególnie zadbać o kwalifikacje osób je prowadzących oraz właściwe merytorycznie treści programu, które będą dostosowane do potrzeb odbiorców. Wytyczne do programu zawarte są w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2012 roku w sprawie kursu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdzia-

łania narkomanii oraz szczegółowych warunków i trybu kierowania na badania lekarskie lub badania psychologiczne w zakresie psychologii transportu²².

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 pojazdami²³. 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 2020 roku PARPA zleciła wydanie i dystrybucję do Wojewódzkich Ośrodków Ruchu Drogowego broszury pod tytułem „Alkohol a kierowca. Trzeźwość i bezpieczeństwo na drodze”, skierowanej do uczestników kursu reedukacyjnego dla kierowców zatrzymanych za jazdę pod wpływem alkoholu lub podobnie działającego środka. W broszurze uczestnicy otrzymają informacje na temat tego, jak rozpoznać swój styl picia oraz ograniczyć używanie alkoholu, aby nie stanowiło to zagrożenia dla innych. Wskazane zostało również, gdzie należy szukać wsparcia w razie niepokojących sygnałów dotyczących nadmiernego spożywania alkoholu lub podobnie działającego środka. Mamy nadzieję, że publikacja ta będzie stanowić cenne uzupełnienie kursów reedukacyjnych prowadzonych w Wojewódzkich Ośrodkach Ruchu Drogowego.

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

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2012 r. w sprawie kursu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii oraz szczegółowych warunków i trybu kierowania na badania lekarskie lub badania psychologiczne w zakresie psychologii transportu (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 140 z późn. zm.).

²³ Ustawa z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 1268).

Przeciwdziałanie nietrzeźwości w miejscach publicznych

Wprowadzenie

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

Niezgodne z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi jest finansowanie bieżącego funkcjonowania izb wytrzeźwień ze środków pochodzących z opłat za korzystanie z zezwoleń, ponieważ jest to zadanie gmin związane z zabezpieczeniem porządku publicznego, wynikające z Ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym²⁴. Realizacja dodatkowych programów skierowanych do osób zatrzymanych w izbie, które wykraczają poza jej statutowe zadania, wymaga każdorazowego rozważenia ich celowości. Osoby nietrzeźwe, a także osoby pozostające w zespole abstynencyjnym, występującym u osób uzależnionych do kilku dni po przerwaniu picia, mają bardzo ograniczone zdolności koncentracji uwagi, spostrzegania, pamięci i myślenia, co utrudnia im nawiązanie świadomego kontaktu i minimalizuje skuteczność oddziaływań psychologicznych. Podobnie współpraca z policją nie może oznaczać finansowania jej bieżącej działalności poprzez np. zakup samochodów, które będą wykorzystywane m.in. do przewozu osób nietrzeźwych zatrzymanych w miejscach publicznych.

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

W przypadku dużej liczby zgłoszeń i interwencji policji w zakresie zakłócania porządku publicznego spowodowanych spożywaniem alkoholu na terenie gminy, warto rozważyć wprowadzenie ograniczenia nocnej sprzedaży napojów alkoholowych (w godzinach 22.00–6.00). Uprawnienie do podjęcia uchwały w sprawie takiego ograniczenia posiada rada gminy na podstawie art. 12 ust. 4 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Jakkolwiek wpro-

²⁴ Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 713).

wadzenie takiej uchwały nie jest obowiązkiem rady gminy, to warto pamiętać, że służy ono ograniczaniu dostępności fizycznej napojów alkoholowych, a to z kolei jest jednym z najskuteczniejszych instrumentów polityki ograniczania problemów generowanych przez spożywanie alkoholu. Więcej na temat powyższego ograniczenia w rozdziale X niniejszej publikacji pt. „Możliwości gmin w zakresie ograniczania dostępności fizycznej alkoholu”.

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

Działania w środowisku pracy

Działania profilaktyczne w środowisku pracy są niezwykle rzadko podejmowane przez gminy. Działania te skierowane do osób dorosłych powinny być realizowane we współpracy z pracodawcami działającymi na terenie gminy. Mogą się w nie włączyć także przedstawiciele stowarzyszeń abstynenckich czy innych społeczności trzeźwościowych.

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

W ramach powyższych strategii mogą być prowadzone następujące działania:

- kampanie informacyjne – gdzie szukać pomocy, jak reagować w sytuacji ujawnienia problemów, których przyczyną jest alkohol;
- 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 ryzykownie spożywanie alkoholu to picie nadmiernych jego ilości (jednorazowo i łącznie w określonym czasie), które aktualnie nie pociąga za sobą negatywnych konsekwencji, ale można oczekiwać, że te się pojawią, o ile obecny model picia nie zostanie zmieniony.

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

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

Część zgłoszeń pacjentów do podstawowej opieki zdrowotnej ma swoje źródło w problemach spowodowanych nadużywaniem alkoholu. Oznacza to, że osoby te nie potrzebowałyby porad lekarskich, gdyby w zalecany sposób ograniczyły spożywanie alkoholu. W związku z tym Światowa Organizacja Zdrowia opracowała dla lekarzy pierwszego kontaktu metodę szybkiego i prostego dokonywania testów przesiewowych oraz przeprowadzania interwencji w przypadku rozpoznania nadużywania przez pacjenta alkoholu (zarówno w sytuacji pojawienia się szkód zdrowotnych, jak i ryzyka ich wystąpienia) bądź podejrzenia uzależnienia. Wspieranie lekarzy pierwszego kontaktu w stosowaniu metod wczesnego rozpoznawania i krótkiej interwencji powinno być jednym z priorytetowych zadań zapisanych w programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Finansowanie szkoleń dla personelu medycznego w obszarze WRKI

W ramach tego zadania powinno się zapewnić szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej. PARPA przetłumaczyła 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 do przeprowadzania krótkich interwencji wobec pacjentów z problemami alkoholowymi.

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 podstawowej opieki zdrowotnej w materiały do wykonywania badań przesiewowych i materiały informacyjne dla pacjentów (brozury, ulotki). Istotne jest zapewnienie specjalistycznego wsparcia konsultanta (specjalisty psychoterapii uzależnień lub lekarza-edukatora) tym pracownikom POZ, którzy zdecydują się realizować badania przesiewowe i interweniować w sprawie ograniczenia picia swoich pacjentów.

Finansowanie wdrażania programów WRKI do praktyki klinicznej

Badanie przesiewowe 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 między samorządem a 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.

Zasady wspomagania działalności instytucji, stowarzyszeń służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych

Istotne z punktu widzenia zasad finansowania zadań z gminnego programu profilaktyki jest wejście w życie Ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym²⁵, w której wskazano, że jednym z zadań z zakresu zdrowia publicznego jest profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych, co nakłada na samorząd obowiązek stosowania zapisów tej ustawy. Ustawa ta przewiduje odrębny tryb zlecenia zadań określony w art. 14 ust. 1, tj. konkurs ofert. W art. 14 ust. 4 ww. ustawy ustawodawca uznał, że do wyboru realizatorów zadań nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych oraz przepisów o prowadzeniu działalności pożytku publicznego (rozdział 2, dział III).

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

²⁵ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 2365 z późn. zm.), dalej jako: ustawa o zdrowiu publicznym.

Zgodnie z treścią art. 4¹ ust. 1 pkt 5 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, możliwe jest wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służące rozwiązywaniu problemów alkoholowych, zatem wskazany jest udział stowarzyszeń abstynenckich w realizacji gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych jako realizatorów zadań przy zachowaniu trybów i zasad opisanych powyżej.

Pamiętając, że zgodnie z art. 18² ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi finansowanie zadań zapisanych w gminnym programie powinno być rozpatrywane ze względu na ich bezpośredni związek z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, to objęcie wsparciem osób uzależnionych w procesie zdrowienia, wpisuje się w katalog zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, **nie może jednak przyjmować formy indywidualnej pomocy poszczególnym osobom uzależnionym.**

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

Realizacja programów profilaktycznych i rehabilitacyjnych dla osób dorosłych

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

Rodzaje ruchów abstynenckich

- **Wspólnota AA** (Anonimowi Alkoholicy) i jej podobne formacje: Al-Anon (wspólnota rodzin i bliskich osób z problemem alkoholowym), Alateen (wspólnota dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym) oraz DDA (wspólnota dorosłych osób pochodzących z rodzin alkoholowych). Ruch AA jest całkowicie pozaformalną, dobrowolną i nieprofesjonalną wspólnotą trzeźwościową. Zgodnie z ideami jej funkcjonowania, udzielanie jakichkolwiek dotacji z zewnątrz na rzecz działań lub programów każdego z tych ruchów jest niedozwolone, ponieważ narusza ich zasady ideowe oraz obowiązujące przepisy prawa. Możliwe jest natomiast nieodpłatne udostępnianie lokalu należącego do gminy na spotkania grup. Więcej szczegółowych informacji dotyczących wspólnoty w tym również o miejscu i czasie spotkań grup AA można uzyskać na stronie internetowej www.aa.org.pl, prowadzonej przez Fundację Biura Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce.
- **Klub abstynenta** – nazwy tej, często 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 stowarzyszeniach²⁶, która określa, iż jest ono dobrowolnym, samorządnym, trwałym zrzeszeniem o celach niezarobkowych. Po spełnieniu wymogów formalno-prawnych i wpisaniu do rejestru zyskuje osobowość prawną i staje się podmiotem formalnym. Każde stowarzyszenie posiada własne, szczegółowe obszary działalności, które są zapisane w statucie.

Działalność stowarzyszeń abstynenckich obejmuje dwa główne nurty:

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

Podejmowane przez stowarzyszenia abstynenckie działania obejmują następujące obszary:

- trzeźwościowy (w tym rehabilitacyjny);
- pomocowy (w tym interwencyjny) na rzecz promowania abstynencji i zdrowego stylu życia;
- integracyjny promujący zdrowy i trzeźwy styl życia, ukierunkowany na członków stowarzyszenia i ich rodziny m.in. poprzez spełnienie różnorodnych ról społecznych i aktywności bez alkoholu;

²⁶ Ustawa z dnia 7 kwietnia 1989 r. Prawo o stowarzyszeniach (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 713 z późn. zm.).

-
- współpracy, współdziałania na rzecz i ze społecznością lokalną;
 - współpracy z innymi organizacjami i instytucjami;
 - promocji realizowanych działań.

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

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

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

Kolejnym ważnym nurtem w pracy stowarzyszeń powinna być ich wspierająca rola w lokalnym systemie rozwiązywania problemów alkoholowych. Po pierwsze, przez włączenie się stowarzyszeń abstynenckich w prace związane z opracowywaniem gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. 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 utrzymanie stałej współpracy m.in. z samorządami, placówkami leczenia odwykowego, pomocą społeczną, gminną komisją rozwiązywania problemów alkoholowych oraz innymi instytucjami i organizacjami pozarządowymi.

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

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

Zasady udziału podmiotów w realizacji gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, z uwzględnieniem odrębnych przepisów dotyczących dofinansowania/finansowania realizowanych przez nie zadań, są takie same jak w przypadku organizacji pozarządowych. Warto podkreślić, że „wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych” nie jest 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 TRZEŻWOŚCI 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 karnego²⁷, 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

²⁷ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 30 z późn. zm.), dalej jako: k.p.k.

kontrolą zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych) stanowi zatem nie tylko uprawnienie wójta (burmistrza lub prezydenta miasta) jako organu kierującego bieżącymi sprawami gminy oraz reprezentującego ją na zewnątrz, lecz także jego prawny obowiązek. Zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa może mieć zarówno charakter pisemny bądź też, zgodnie z art. 143 § 1 pkt 1 k.p.k., zostać zgłoszone ustnie do protokołu. W sytuacji składania zawiadomienia na piśmie ważne jest, aby oznaczyć organ zawiadamiający; opisać zdarzenie, które uzasadnia podejrzenie popełnienia przestępstwa (np. prowadzenie reklamy napojów alkoholowych wysokoprocentowych na terenie punktów sprzedaży nieprowadzących wyłącznie sprzedaży napojów alkoholowych czy też sprzedaży alkoholu osobie niepełnoletniej); napisać uzasadnienie oraz załączyć wszelkie materiały, które mogą stanowić dowody w sprawie (np. zdjęcia) lub wskazać świadków zdarzenia. Zgodnie z art. 305 § 4 k.p.k. o wszczęciu, odmowie wszczęcia albo o umorzeniu dochodzenia zawiadamia się osobę lub instytucję państwową, samorządową lub społeczną, która złożyła zawiadomienie o przestępstwie, oraz ujawnionego pokrzywdzonego, a o umorzeniu także podejrzanego – z pouczeniem o przysługujących im uprawnieniach, przy czym jeżeli osoba lub instytucja, która złożyła zawiadomienie o przestępstwie, nie zostanie w ciągu 6 tygodni powiadomiona o wszczęciu albo odmowie wszczęcia śledztwa, może wnieść zażalenie do prokuratora nadzrędnego albo powołanego do nadzoru nad organem, któremu złożono zawiadomienie. Należy także zauważyć, że zgodnie z art. 306 k.p.k. gmina jako zawiadamiający posiada uprawnienie do zaskarżenia zarówno postanowienia o odmowie wszczęcia dochodzenia, jak i postanowienia o umorzeniu dochodzenia. Zażalenie wnosi się w terminie 7 dni wraz z uzasadnieniem do prokuratora właściwego do sprawowania nadzoru nad dochodzeniem. Jeżeli prokurator nie 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 organom²⁸. Nie wymieniono w nim jednostek samorządu terytorialnego, a zatem gmina nie jest upoważniona do prowadzenia takiego postępowania. Art. 4¹ ust. 1 pkt 6 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, który daje gminom prawo do występowania w charakterze oskarżyciela publicznego, stanowi również podstawę prawną do składania na policji wniosku o wszczęcie postępowania dowodowego. Policja powinna powiadomić o wszczęciu takiego postępowania gminę i prokuratora. Formalne wymogi, jakie musi spełniać akt oskarżenia, określają artykuły 332–334 k.p.k.). W przypadku istnienia braków formalnych aktu oskarżenia, sąd zwraca go oskarżycielowi

²⁸ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 września 2015 r. w sprawie organów uprawnionych obok Policji do prowadzenia dochodzeń oraz organów uprawnionych do wnoszenia i popierania oskarżenia przed sądem pierwszej instancji w sprawach, w których prowadzono dochodzenie, jak również zakresu spraw zleconych tym organom (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 522).

wi w celu usunięcia braków w ciągu 7 dni, dlatego niezbędne jest zachowanie staranności oraz rzetelności podczas zbierania dowodów w sprawie.

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

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

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

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

1. nie jest kierowana do małoletnich,
2. nie przedstawia osób małoletnich,
3. nie łączy spożywania alkoholu ze sprawnością fizyczną bądź kierowaniem pojazdami,
4. nie zawiera stwierdzeń, że alkohol posiada właściwości lecznicze, jest środkiem stymulującym, uspakajającym lub sposobem rozwiązywania konfliktów osobistych,

-
5. nie zachęca do nadmiernego spożycia alkoholu,
 6. nie przedstawia abstynencji lub umiarkowanego spożycia alkoholu w negatywny sposób,
 7. nie podkreśla wysokiej zawartości alkoholu w napojach alkoholowych jako cechy wpływającej pozytywnie na jakość napoju alkoholowego,
 8. nie wywołuje skojarzeń z:
 - 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 wypowiedział się w następujący sposób: „Nie sposób przy tym zgodzić się z twierdzeniem, że dyspozycja art. 13¹ ust. 2 pkt 5 omawianej ustawy nie odnosi się do reklamy na stronach internetowych. Wykładnia językowa użytego tam zwrotu »innych stałych i ruchomych powierzchni wykorzystywanych do reklamy«, przy uwzględnieniu współczesnych realiów, w tym powszechnego zjawiska wykorzystywania stron internetowych jako przestrzeni umieszczania reklam, prowadzi do jednoznacznego wniosku, że strona internetowa będzie taką właśnie powierzchnią wykorzystywaną do reklamy, co słusznie zauważył skarżący. Wskazać przy tym należy, że taka wykładnia przepisu art. 13¹ omawianej ustawy, znajduje odzwierciedlenie również w orzecznictwie (vide: wyrok NSA z dnia 11 marca 2015 r., sygn. II GSK 162/14 publ. Legalis nr 1248594)».

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

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

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

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

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2003 roku w sprawie treści, wielkości, wzoru i sposobu umieszczania na reklamach piwa napisów informujących o szkodliwości spożywania alkoholu lub o zakazie sprzedaży alkoholu małoletnim²⁹ na reklamach piwa

²⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2003 r. w sprawie treści, wielkości, wzoru i sposobu umieszczania na reklamach piwa napisów informujących o szkodliwości spożywania alkoholu lub o zakazie sprzedaży alkoholu małoletnim (Dz.U. Nr 199, poz. 1950).

umieszczanych na słupach i tablicach reklamowych i innych stałych i ruchomych powierzchniach wykorzystywanych do reklamy umieszcza się napis informujący o:

1. szkodliwości spożywania alkoholu, o treści: *1/2 litra piwa zawiera 25 gramów czystego alkoholu etylowego. Nawet taka ilość szkodzi zdrowiu kobiet w ciąży i jest niebezpieczna dla kierowców* lub
2. zakazie sprzedaży napojów alkoholowych małoletnim, o treści: *1/2 litra piwa zawiera 25 gramów czystego alkoholu etylowego. Sprzedaż alkoholu osobom do lat 18 jest przestępstwem.*

Napisy, o których mowa powyżej, umieszcza się w górnej części reklamy, na stanowiącej 20% reklamy powierzchni podzielonej poziomo na dwie równe części w taki sposób, aby 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 powierzchniach wykorzystywanych do reklamy umieszcza się napis: *1/2 litra piwa zawiera 25 gramów czystego alkoholu etylowego. Nawet taka ilość szkodzi zdrowiu kobiet w ciąży i jest niebezpieczna dla kierowców*, a na pozostałych 50% tych tablic i powierzchni – napis: *1/2 litra piwa zawiera 25 gramów czystego alkoholu etylowego. Sprzedaż alkoholu osobom do lat 18 jest przestępstwem.*

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

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

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

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

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

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

Konsekwencje naruszenia zakazów związanych z reklamą i promocją napojów alkoholowych

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

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

Przykłady naruszeń:

- umieszczenie butelek napojów alkoholowych np. wina, wódki w oknie wystawowym w taki sposób, że są widoczne z zewnątrz punktu sprzedaży dla potencjalnych klientów w sposób umożliwiający rozpoznanie etykiet (nazwa, znak towarowy napojów alkoholowych, symbole graficzne z nimi związane);
- umieszczanie znaków towarowych napojów alkoholowych innych niż piwo w gazetkach promocyjnych;
- umieszczenie w ofercie sklepowego wydawnictwa reklamowo-promocyjnego produktu w postaci piwa bez wymaganego zastosowania się do treści Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2003 roku w sprawie treści, wielkości, wzoru i sposobu umieszczania na

reklamach piwa napisów informujących o szkodliwości spożywania alkoholu lub o zakazie sprzedaży alkoholu małoletnim;

- przekazywanie klientom gazetki promocyjnej z reklamą piwa poza obszarem wydzielonego stoiska lub punktu prowadzącego wyłącznie sprzedaż alkoholu;
- umieszczanie na portalach społecznościowych, stronach internetowych reklamy piwa bez napisów ostrzegawczych lub reklamy 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, obliuguje właściwy organ do cofnięcia zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych”; wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 17 sierpnia 2011 r. o sygn. akt II GSK 769/10 „Intencją ustawodawcy było objęcie unormowaniem art. 18 ust. 10 pkt 1 lit. a ustawy z 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi każdego przejawu naruszenia przepisów ustawy, bez względu na stopień i częstotliwość tych naruszeń”).

Oczywiście należy również pamiętać, że przedsiębiorca będzie ponosił odpowiedzialność jedynie po sprzedaży napoju osobie, której zachowanie wskazuje na to, że znajduje się pod wpływem alkoholu (art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy). Słusznie wskazał w tym przedmiocie Wojewódzki Sąd Administracyjny w Opolu w wyroku z dnia 17 marca 2011 r. II SA/Op 708/10: „(...) Oznacza

to, że zakaz sprzedaży napojów alkoholowych osobom, których zachowanie może świadczyć, że jest w stanie nietrzeźwym, należy rozumieć w ten sposób, iż konieczne jest uwzględnienie przede wszystkim zachowania się osoby, której sprzedawany jest alkohol – chodzi zatem o takie zachowanie, które stwarza realne możliwości oceny, iż osoba kupująca napój alkoholowy jest w stanie nietrzeźwości”.

Sprzedaż alkoholu osobom poniżej 18. roku życia

Podobnie jak sprzedaż osobie nietrzeźwej, sprzedaż napojów alkoholowych osobie małoletniej stanowi zarówno podstawę odpowiedzialności karnej (art. 43 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi), jak i przedmiot postępowania administracyjnego. W przypadku ujawnienia sprzedaży napoju alkoholowego osobie małoletniej obowiązkiem organu zezwalającego jest niewątpliwie wdrożenie procedury zmierzającej do cofnięcia zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych, ale także zawiadomienie organów ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa. Należy jednakże odróżnić oba powyższe, niezależne od siebie tryby postępowania.

Odpowiedzialność z tytułu złamania zakazu sprzedaży alkoholu osobie małoletniej na gruncie prawa administracyjnego jest odpowiedzialnością obiektywną, niezależną od istnienia winy (por. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 21 lutego 2008 r. VI SA/Wa 2236/07). Przedmiotem postępowania administracyjnego jest ustalenie, czy rzeczywiście doszło do sprzedaży napoju alkoholowego osobie małoletniej. Intencją ustawodawcy było objęcie unormowaniem art. 18 ust. 10 pkt 1 lit. a ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi każdego przejawu naruszenia przepisów ustawy, bez względu na stopień i częstotliwość tych naruszeń. Sam fakt sprzedaży nieletniemu obliuguje 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 później-

szym”, „na rachunek, bez natychmiastowego wpłacenia pieniędzy”. Sprzedaż „pod zastaw” zaś może być rozumiana przez pryzmat przepisów prawa cywilnego dotyczących zastawów na rzeczy, tj. przez oddanie sprzedawcy rzeczy w zamian za napoje alkoholowe. Rzecz oddana w zastaw, w przypadku nieuiszczenia kwoty należnej za zakup, przejdzie na własność sprzedawcy.

Podobnie jak przy powyższych zakazach sprzedaży osobom nietrzeźwym i nieletnim, również i w tych sprawach sądy uznają, że już jednokrotne naruszenie zakazu powinno implikować sankcje. „Nawet jednorazowe naruszenie zasad sprzedaży jest wystarczającą i uzasadnioną przyczyną do zastosowania sankcji w postaci cofnięcia zezwolenia (III SA/Kr 1235/08 – wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z dnia 30 listopada 2009 roku).

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

ROZDZIAŁ VI

WSPIERANIE ZATRUDNIENIA SOCJALNEGO POPRZECZ ORGANIZOWANIE I FINANSOWANIE CENTRÓW INTEGRACJI SPOŁECZNEJ

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

Działalność centrów integracji społecznej (CIS) i klubów integracji społecznej (KIS), ich misja, cel, funkcje i zadania, grupy docelowe, sposób tworzenia i organizacji placówek zostały opisane w Ustawie z dnia 13 czerwca 2003 roku o zatrudnieniu socjalnym³⁰. Zgodnie z jej zapisami podmioty zatrudnienia socjalnego realizują reintegrację zawodową i społeczną poprzez następujące usługi: kształcenie umiejętności pozwalających na pełnienie ról społecznych i osiągnięcie pozycji społecznych dostępnych osobom niepodlegającym wykluczeniu społecznemu, nabywanie umiejętności zawodowych oraz przyuczenie do zawodu, przekwalifikowanie lub podwyższenie kwalifikacji zawodowych, naukę planowania życia i zaspokajania potrzeb własnym staraniem, uczenie umiejętności racjonalnego gospodarowania posiadanymi środkami pieniężnymi. Placówki są przeznaczone w szczególności dla osób bezdomnych, uzależnionych od alkoholu, narkotyków, osób z zaburzeniami psychicznymi, długotrwale bezrobotnych, zwalnianych z zakładów karnych, uchodźców, osób z niepełnosprawnościami.

Osoby z powyższych grup społecznych po konsultacji z ośrodkiem pomocy społecznej, po szczegółowej diagnozie przeprowadzonej przez psychologa, pracownika socjalnego, doradcę zawodowego w podmiotach zatrudnienia socjalnego są przyjmowane lub nie do realizacji Indywidualnego Programu Zatrudnienia Socjalnego w CIS (dalej IPZS) lub kontraktu socjalnego w KIS (dalej KS). Uczestnictwo w CIS gratyfikowane jest świadczeniem integracyjnym, codziennym posiłkiem, biletami komunikacji miejskiej oraz składkami na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, natomiast uczestnicy klubów nie otrzymują z tego tytułu żadnych świadczeń.

Centra integracji społecznej i kluby integracji społecznej są przykładem wdrożenia koncepcji aktywnej polityki społecznej opartej na zmianie podejścia do kolejności uzyskiwania przez niektóre grupy dysfunkcyjne wsparcia i pomocy państwa. Aktywna polityka oznacza, że osoby potrzebujące pomocy muszą także włączyć się w procesy likwidujące przyczyny ich trudności

³⁰ Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym – t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 176.

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 centrum 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, jednotorowa. Współpraca z powiatowymi urzędami pracy, ośrodkami pomocy społecznej, poradniami leczenia uzależnień i biznesem powoduje, że możliwe jest zbudowanie kompleksowego i skutecznego planu reintegracji społecznej i zawodowej osoby, która tego potrzebuje.

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

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

Jednym z zadań własnych samorządów gminnych realizowanych w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (określonych w art. 4¹ ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi) jest wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej. Realizacja tego zadania musi wynikać wprost z zapisów gminnego programu, który powinien być konstruowany w sposób kompleksowy i zapewniający realizację działań na rzecz zróżnicowanego i możliwie szerokiego grona beneficjentów. W celu ścisłego powiązania realizowanych działań z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych rekomenduje się finansowanie 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.

Zasady współpracy z podmiotami zatrudnienia socjalnego

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

- 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 wewnętrznych 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 społecznych³¹, 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 o wolontariacie, a także podmiot wyłoniony na podstawie ustawy prawo zamówień publicznych.

³¹ Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych – Dz.U. poz. 1818.

Rozdział VII

INSTYTUCJA ZOBOWIĄZANIA DO LECZENIA ODWYKOWEGO

Wstęp

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

Raport Najwyższej Izby Kontroli

10 czerwca 2016 roku Najwyższa Izba Kontroli przedstawiła wyniki kontroli związanej z instytucją zobowiązania do leczenia odwykowego³². Z przedstawionych przez NIK informacji wynika m.in., że procedura zobowiązania osób uzależnionych od alkoholu do leczenia odwykowego nie funkcjonuje sprawnie i nie wspomaga skutecznie rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce. Większość zobowiązanych (ponad 60%) nie stawia się na leczenie, a 30% osób przyjętych na obowiązkową terapię (na poziomie podstawowym) jej nie kończy. Połowa zobowiązanych jest ponownie kierowana na przymusowe leczenie. Część z nich (48%) trafia tam wielokrotnie. Ponadto NIK wskazała na przewlekłość procedury – od zgłoszenia gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych osoby nadużywającej alkoholu do przyjęcia jej na leczenie odwykowe mija średnio od 174 do 1456 dni (średnio 673 dni), i tak:

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

³² Informacja o wynikach kontroli dostępna pod adresem: <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/15/095/> (dostęp: 24.08.2020).

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

1 stycznia 2018 roku zaczęła obowiązywać zmiana w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi³³, 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:

- 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.

³³ Dokonana na mocy Ustawy z dnia 24 listopada 2018 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2017 r. poz. 2439).

- 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.
- 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.
- 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/WE³⁴ – „przetwarza-

³⁴ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – Dz.U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm., dalej jako: RODO.

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

Biorąc pod uwagę szeroką definicję przetwarzania, jak i podstawę prawną do przetwarzania danych wrażliwych (art. 25a ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi), można 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. 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 r. 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 wykraczać poza katalog 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 wejście w życie 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)³⁵, 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 osobowych³⁶, 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 ze 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.

³⁵ Ustawa z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – Dz.U. poz. 730.

³⁶ Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych – t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1781.

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 opiekuńczy³⁷. Art. 27 k.r.o. 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 leczenia odwykowego należy do kategorii spraw z zakresu prawa osobowego i jest rozpoznawana w trybie postępowania nieprocesowego (art. 26 ust. 2 powyższej ustawy) przez sąd rejonowy właściwy dla miejsca zamieszkania lub przebywania takiej osoby. 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 odwykowego:

- przyjęcie zgłoszenia o przypadku wystąpienia nadużywania alkoholu z jednoczesnym wystąpieniem przesłanek z art. 24 ustawy. Należy zaznaczyć, że każdy może złożyć zawiadomienie rozpoczynające procedurę. Warto podkreślić, że § 17 ust. 4 rozporządzenia Rady Ministrów

³⁷ Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy – t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 1359.

w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” stanowi, że grupa robocza lub zespół interdyscyplinarny kieruje osobę, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie i nadużywa alkoholu do gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Przy czym osoba/podmiot zawiadamiająca/y nie staje się stroną postępowania. Ustawa nie przewiduje bowiem udziału w tym postępowaniu osób przekazujących informację, jak też członków rodziny osoby, o której mowa w art. 24 ustawy;

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

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

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

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

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

W przypadku braku możliwości realizacji świadczenia organ administracji publicznej zawiadamia o tym wraz z uzasadnieniem osobę uprawnioną, wyznaczając możliwy termin realizacji świadczenia lub wskazując na inną formę realizacji uprawnień określonych w niniejszej ustawie.

Informacje na temat tego, jak znaleźć odpowiedniego tłumacza języka migowego zamieszczono w rozdziale I, punkt „Tworzenie oferty pomocy dla osób nieśłyszących pijących problemowo”.

Spotkanie członków gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych z osobą, co do której wpłynęło zgłoszenie, nie powinno przybierać formy posiedzenia wyjazdowego w miejscu zamieszkania tej osoby.

Ponadto gminna komisja nie jest uprawniona do zlecenia ośrodkowi pomocy społecznej przeprowadzania wywiadów środowiskowych. 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 psychicznego³⁸. W wyniku tej nowelizacji do ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi wprowadzono 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: „(...) NIK zwraca uwagę, że w 2007 r. na potrzeby GKRPA

³⁸ Ustawa z dnia 12 października 2017 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego, ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. poz. 2245).

zakupiony został alkomat 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. W powyższej sytuacji należałoby każdorazowo rozważyć inne sposoby postępowania – jeżeli z otrzymanego wniosku wynika, że jest wysoce prawdopodobne, iż osoba, którą zgłoszono, nadużywa alkoholu i są spełnione przesłanki społeczne, określone w art. 24 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, tj. dochodzi do rozkładu życia rodzinnego lub demoralizacji małoletnich, uchylania się od zaspokajania potrzeb rodziny oraz systematycznego zakłócania spokoju lub porządku publicznego. Gminna komisja powinna kontynuować dalsze działania wynikające z ustawy i powinna skierować osobę na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego. Natomiast w sytuacji, gdy z zawiadomienia nie wynika, że doszło do spełnienia przesłanek społecznych oraz przesłanki nadużywania alkoholu, a brak kontaktu z wnioskodawcą, jak i zgłaszającym uniemożliwia przyjęcie odmiennej interpretacji, wówczas warto rozważyć możliwość umorzenia postępowania.

- przygotowanie dokumentacji związanej z postępowaniem sądowym wraz z opinią wydaną przez biegłego (art. 26 ust. 3 ustawy), do której należą: opinia wydana przez biegłych, protokół z rozmowy z osobą zgłaszającą do komisji przypadek nadużywania alkoholu, protokół z rozmowy z osobą uzależnioną od alkoholu (o ile do takiej rozmowy doszło), inne informacje w sprawie. Jeśli osoba uzależniona nie stawiała się na rozmowę w terminie wskazanym przez komisję ani też na badanie przez biegłych, należy dołączyć do wniosku informację o podjętych w tej sprawie czynnościach (liczba i terminy zaproszeń wraz z informacją o niestawieniu się tej osoby). Warto podkreślić, że jakkolwiek postępowanie przed gminną komisją nie jest postępowaniem administracyjnym w rozumieniu art. 1 Ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego³⁹, 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).

³⁹ Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego – t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 256 z późn. zm., dalej jako: k.p.a.

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 cywilnego⁴⁰, zawierał oznaczenie sądu, do którego jest skierowany; imiona i nazwiska lub nazwy stron, ich przedstawiciele ustawowych i pełnomocników; oznaczenie rodzaju pisma; osnovę wniosku lub oświadczenia; w przypadku, gdy jest to konieczne do rozstrzygnięcia co do wniosku lub oświadczenia – wskazanie faktów, na których strona opiera swój wniosek lub oświadczenie, oraz wskazanie dowodu na wykazanie każdego z tych faktów; podpis strony albo jej przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika; wymienienie załączników. Pismo to może również zawierać wnioski o wezwanie na rozprawę określonych świadków lub biegłych, żądanie dowodów znajdujących się w sądach, urzędach lub u osób trzecich. Do wniosku należy dołączyć odpis, a wraz z pismem wnieść opłatę. Zgodnie z art. 23 Ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych⁴¹ od wniosku o wszczęcie postępowania nieprocesowego pobiera się opłatę stałą w wysokości 100 zł. Zgodnie z art. 96 ust. 1 ww. ustawy wymóg ten nie dotyczy sytuacji, gdy stroną składającą wniosek jest prokurator.

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

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.

⁴⁰ Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego – t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1460 z późn. zm., dalej jako: k.p.c.

⁴¹ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych – t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 755 z późn. zm., dalej jako: ustawa o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

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 psychicznego⁴², 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 wykonawczy⁴³, zgodnie z którym „wobec sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym można stosować środki przymusu bezpośredniego na zasadach, w trybie i w sposób określony w przepisach o ochronie zdrowia psychicznego”, brak jest zatem podstaw do uznania, by art. 34 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego stanowił samodzielną podstawę do stosowania przymusu bezpośredniego wobec pacjentów innych niż umieszczeni na podstawie art. 23, 24 i 29 tej ustawy.

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

⁴² Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego – t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 685, dalej jako: ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.

⁴³ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy – t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 523 z późn. zm.

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

Biegli sądowi

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 roku w sprawie biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu⁴⁴, biegłych powołuje przy sądzie okręgowym prezes tego sądu. Opinię w przedmiocie uzależnienia od alkoholu wydają wspólnie, po przeprowadzonych badaniach, lekarz psychiatra i psycholog albo lekarz psychiatra i specjalista psychoterapii uzależnień.

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

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

⁴⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu (Dz.U. Nr 250, poz. 1883 z późn. zm.).

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

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

Doręczenia komornicze

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

7 listopada 2019 roku wszedł w życie art. 139¹ Kodeksu postępowania cywilnego, dodany przez art. 1 pkt 45 Ustawy z dnia 4 lipca 2019 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych⁴⁵, zgodnie z którym, w przypadku, gdy osoba, której dotyczy skierowany do sądu wniosek, nie odbierze doręczanego jej powtórnie odpisu tego wniosku, przewodniczący sądu prześle ten odpis do gminnej komisji i zobowiąże ją do doręczenia tego pisma adresatowi za pośrednictwem komornika. Warto zaznaczyć, że nie będzie to dotyczyć innych pism niż pierwsze w postępowaniu sądowym oraz osób, które odmówiły przyjęcia pisma (wówczas doręczenie uważać się będzie za skuteczne).

Zobowiązana przez sąd do doręczenia gminna komisja będzie musiała w terminie dwóch miesięcy złożyć do akt potwierdzenie doręczenia pisma za pośrednictwem komornika albo złożyć to pismo, które miało zostać doręczone wraz ze wskazaniem aktualnego miejsca zamieszkania adresata lub dowodu, że adresat przebywa pod adresem wskazanym we wniosku. Jednocześnie ustawodawca, wprowadzając zmiany w Ustawie z dnia 22 marca 2018 roku o komornikach sądowych⁴⁶, zobligował komorników sądowych do osobistego doręczenia pisma na zlecenie zobowiązanej przez sąd gminnej komisji, za potwierdzeniem odbioru i oznaczeniem daty albo za stwierdzeniem, że adresat pod danym adresem nie zamieszkuje (art. 3 ust. 4 pkt 1 tej ustawy). Na zlecenie zobowiązanej do doręczenia gminnej komisji komornicy będą zobligowani również do ustalenia aktualnego miejsca zamieszkania adresata wniosku (art. 3 ust. 4 pkt 1a tej ustawy).

Komornik sądowy zobowiązany jest do doręczenia pisma w ciągu 14 dni. Jeżeli adresat będzie nieobecny – komornik ustali, czy zamieszkuje on pod tym adresem, a ustalenia umieści w protokole. Jeżeli adresat zamieszkuje pod wskazanym we wniosku adresem, ale próba doręczenia

⁴⁵ Ustawa z dnia 4 lipca 2019 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1469 z późn. zm.).

⁴⁶ Ustawa z dnia 22 marca 2018 r. o komornikach sądowych – t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 121 z późn. zm., dalej jako: ustawa o komornikach sądowych.

mu odpisu wniosku okaże się nieskuteczna, komornik umieści w skrzynce pocztowej adresata zawiadomienie o podjętej próbie doręczenia, razem z informacją o możliwości odbioru pisma w kancelarii komornika w ciągu 14 dni od daty umieszczenia zawiadomienia oraz pouczy zastanego na miejscu dorosłego domownika o możliwości odbioru pisma. Pismo uważać się będzie za doręczone z upływem ostatniego dnia tego 14-dniowego terminu, a pismo zostanie zwrócone do gminnej komisji z informacją o dokonanych ustaleniach i datą doręczenia (art. 3a ust. 1–3 ustawy o komornikach sądowych).

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

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

Konsekwencją wprowadzonych zmian jest m.in. konieczność dostosowania się gminnej komisji do nakazania przez sąd doręczenia za pośrednictwem komornika sądowego wniosku o zobowiązanie do leczenia odwykowego osobie, wobec której ten wniosek został złożony. Warto wskazać również, że gminna komisja również będzie musiała pokryć koszty związane z tzw. doręczeniem komorniczym i ustaleniem przez komornika adresu osoby, której wniosek będzie doręczany. Opłata stała za tego rodzaju doręczenie wynosi 60 zł (art. 41 ust. 1 Ustawy z dnia 28 lutego 2018 roku o kosztach komorniczych⁴⁷) za doręczenie na jeden adres, niezależnie od liczby podjętych prób doręczenia. W przypadku zwrotu niedoręczonego przez komornika wniosku ze względu na ustalenie, że dana osoba pod tym adresem nie zamieszkuje, komornik zwraca wniosek do wnioskodawcy i wówczas ten może wystąpić do komornika o ustalenie nowego miejsca zamieszkania, za co powinien on uiścić kwotę 40 zł (art. 41 ust. 2 ustawy o kosztach komorniczych).

⁴⁷ Ustawa z dnia 28 lutego 2018 r. o kosztach komorniczych – t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 2363 z późn. zm., dalej jako: ustawa o kosztach komorniczych.



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

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

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

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

Na liście podstawowych kompetencji każdego członka komisji (na podstawie przedstawianego programu) powinny znaleźć się takie obszary wiedzy, jak:

- uzależnienie od alkoholu, leczenie osób uzależnionych, picie ryzykowne i szkodliwe, strategie pomocy oraz programy ograniczania picia;

-
- rodzina z problemem alkoholowym, w tym współuzależnienie, sytuacja dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym;
 - pierwszy kontakt z klientem gminnej komisji – osobą uzależnioną, zobowiązaną do leczenia odwykowego, dorosłym członkiem jej rodziny, osobą stosującą przemoc oraz osobą doświadczającą przemocy;
 - zjawisko przemocy w rodzinie – aspekty prawne i psychologiczne, praca w zespołach interdyscyplinarnych i grupach roboczych, procedura „Niebieskie Karty” z uwzględnieniem roli gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych;
 - skuteczne strategie profilaktyczne, wiedza o czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących, profilaktyka szkolna, środowiskowa i rodzinna, standardy programów profilaktycznych oraz ich ewaluacja; system rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce oraz budowanie gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i ich ewaluacja;
 - miejsca pomocy (przede wszystkim dostępne w środowisku lokalnym) dla osób uzależnionych, współuzależnionych doświadczających i stosujących przemoc, ich rodzaje i oferta oraz dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowych i dzieci w nich krzywdzonych z uwzględnieniem pracy socjoterapeutycznej;
 - zasady wydawania i cofania zezwoleń oraz prowadzenie kontroli punktów sprzedaży napojów alkoholowych, lokalne strategie ograniczania dostępności alkoholu, w tym zawartość merytoryczna uchwał podejmowanych przez rady gmin na podstawie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Wszyscy członkowie komisji, niezależnie od tego, jakie zawody reprezentują, powinni posiadać przynajmniej podstawowy poziom interdyscyplinarnej wiedzy z zakresu rozwiązywania problemów alkoholowych w społeczności lokalnej. Komisja działa bowiem kolegialnie, a to oznacza, że wszyscy jej członkowie są uprawnieni do podejmowania czynności określonych w ustawie. Warto też zwrócić uwagę na konieczność systematycznego podnoszenia swoich kwalifikacji, ponieważ wciąż pojawiają się nowe metody pracy w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych.

Z uwagi na to, iż działalność w GKRPA w dużej mierze polega na rozmowach z osobami potrzebującymi i szukającymi pomocy, bardzo ważne jest, by ćwiczyć umiejętności niezbędne w kontakcie i budowaniu relacji oraz w motywowaniu do szukania rozwiązań i wprowadzania zmiany. Metodą rekomendowaną do tego typu działań jest dialog motywujący.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych nie rekomenduje żadnych podmiotów realizujących szkolenia dla członków gminnych komisji, ale zwraca uwagę na wybór takiego programu, który w pełni odpowiada podanym wyżej blokom tematycznym. Istotnym elementem jest konieczność sprawdzenia, czy osoby/wykładowcy realizujący poszczególne tematy zajęć posiadają odpowiednie kompetencje i praktyczne doświadczenie. Ważne jest, aby zajęcia dotyczące kontaktu z klientem gminnej komisji były prowadzone w formie warsztatów,

podczas których istnieje możliwość ćwiczenia konkretnych umiejętności. PARPA zwraca także uwagę, iż wykładowcy omawiający zagadnienia prawne (np. zagadnienia prawa karnego, cywilnego czy procesowego związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie, czy zagadnienia związane z wydawaniem i cofaniem zezwoleń oraz kontrolą punktów sprzedaży napojów alkoholowych) powinni posiadać wykształcenie prawnicze. Na wykształcenie prawnicze w tym przypadku zwraca także uwagę minister rodziny, pracy i polityki społecznej w *Wytycznych do prowadzenia szkoleń w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie*.

Zagadnienia związane z funkcjonowaniem gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych

Skarga na działanie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych

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

Regulamin gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych

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

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

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

Co do zasady, zgodnie z art. 9 RODO, zabronione jest przetwarzanie tzw. szczególnych kategorii danych osobowych, m.in. dotyczących zdrowia (w tym o nałogach). Zakaz ten nie obowiązu-

je, jeżeli istnieją przepisy prawa krajowego, na podstawie których przetwarzanie takich danych w interesie publicznym jest możliwe (art. 9 ust. 2 lit. g RODO).

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

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

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

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

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 kilka pytań:

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

W zależności od tego, jak będzie się kształtowała odpowiedź na poszczególne pytania, będziemy mieli do czynienia z trybami określonymi albo w ustawie o zdrowiu publicznym (ustawa, którą bierzemy pod uwagę jako pierwszą w kolejności), albo w Ustawie z dnia 29 stycznia 2004 roku – Prawo zamówień publicznych⁴⁸ (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).

⁴⁸ Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych – t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1843 z późn. zm.; warto wskazać, że 1 stycznia 2021 r. ustawa ta zostanie zastąpiona nową – Ustawą z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. poz. 2019).

Tryby realizacji zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

Tryb przewidziany w Ustawie z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym

Zgodnie z art. 4¹ ust. 2 ustawy wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi realizacja zadań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu jest prowadzona w postaci gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, stanowiącego część strategii rozwiązywania problemów społecznych, uchwalanego corocznie przez radę gminy, uwzględniającego cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, określone w Narodowym Programie Zdrowia. Należy zatem przyjąć, że merytoryczną podstawą do finansowania zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych są zadania określone w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz zadania określone w Narodowym Programie Zdrowia.

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

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

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

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

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

W tym zakresie rekomendujemy również lekturę stanowiska Ministerstwa Zdrowia wyrażonego w dodatkowych informacjach dotyczących realizowania przepisów ustawy o zdrowiu publicznym (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 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 na 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 terytorialnego 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. 48b (vide art. 48c)

albo

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

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

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

Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadającym w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej; instytutom badawczym; fundacjom i stowarzyszeniom, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia, a statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej oraz posiadającym osobowość prawną jednostkom organizacyjnym tych stowarzyszeń; osobom prawnym i jednostkom organizacyjnym działającym na podstawie przepisów o stosunku państwa do Kościoła katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania; jednostkom wojskowym w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Kryterium przekazywania środków nie jest zatem forma organizacyjno-prawna podmiotu czy tworzący go podmiot, a jedynie fakt, iż realizuje on świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. Decydując zatem o przekazaniu środków publicznych danemu podmiotowi, gmina musi kierować się tym, czy dany podmiot wykonuje świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych dla jej mieszkańców. Zgodnie z art. 114 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne z przeznaczeniem na:

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

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

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

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

Zgodnie z art. 115 ust. 3 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 NA PRZYKŁADZIE OGRANICZENIA NOCNEJ SPRZEDAŻY ALKOHOLU

W dniu 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 masowych⁴⁹, która wprowadziła szereg zmian w obowiązujących przepisach. Nowelizacja ta dała samorządom lokalnym możliwość ustalenia, 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 te mogą dotyczyć sprzedaży prowadzonej między godziną 22.00 a 6.00 (por. art. 12 ust. 4 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi). Do 2020 roku 162 gminy (na 2477 w skali kraju) postanowiły skorzystać z tej możliwości. W 2019 roku i na początku 2020 roku Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych zwróciła się do 18 gmin, które co najmniej rok wcześniej wprowadziły ograniczenie nocnej sprzedaży napojów alkoholowych z pytaniem o ocenę skutków funkcjonowania wprowadzonej regulacji. Równocześnie PARPA zwróciła się do właściwych miejscowo jednostek policji z prośbą o wskazanie, czy zakaz ten wpłynął pozytywnie na obniżenie liczby przestępstw oraz wykroczeń związanych ze sprzedażą alkoholu oraz liczbą interwencji w najbliższej okolicy punktów sprzedaży. Odpowiedzi udzieliły wszystkie gminy (w większości przypadków były to odpowiedzi zarówno od organów ścigania, jak i organu wykonawczego jst). Warto zauważyć, że 18 gmin stanowi ponad 10% wszystkich gmin, które wprowadziły zakaz (a dokładnie 11,11%), a zatem wyniki tego badania są statystycznie relewantne. PARPA zwróciła się o ocenę funkcjonowania zakazu do dużych miast (np. Wrocław, Katowice, Sopot, Olsztyn), małych miast (np. Biała Podlaska, Suwałki), do niewielkich gmin wiejskich (np. Czernice Borowe, Goworowo, Huszlewo, Lipowiec Kościelny), a także niewielkich osad, które są równocześnie miejscowościami turystycznymi (np. Stare Czarnowo, Jedlnia-Letnisko).

Jak gminy oceniły skutki wprowadzenia ograniczenia?

Tylko jedna z zapytanych gmin oceniła skutki wprowadzenia ograniczenia w sposób negatywny. Była to jedyna gmina spośród zapytanych, która w krótkim czasie (bo zaledwie po pół roku

⁴⁹ Ustawa z dnia 10 stycznia 2018 r. o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o bezpieczeństwie imprez masowych (Dz.U. poz. 310).

obowiązywania zakazu) wycofała się z ww. rozwiązania. Wskazywała ona na wystąpienie zjawiska nabywania przez mieszkańców gminy napojów alkoholowych w ościennych gminach (co dobitnie pokazuje konieczność prowadzenia ograniczenia na poziomie ogólnopolskim), zakłóceń porządku publicznego związanych z funkcjonowaniem punktów gastronomicznych (co sugeruje konieczność rozszerzenia ograniczenia także na gastronomię), a także sygnały o pojawieniu się na terenie gminy alkoholu z nielegalnych źródeł (przy czym warto zaznaczyć, że jest to gmina położona w pobliżu wschodniej granicy, tj. rejonie najbardziej zagrożonym nielegalną produkcją i przemytem alkoholu). Dwie gminy wprowadziły uchwałę ograniczającą nocną sprzedaż prewencyjnie, gdyż na ich terenie nie funkcjonują żadne punkty sprzedaży napojów alkoholowych otwarte po godzinie 22.00. Zatem nie były one w stanie wykazać zmian, jakie ww. zapisy spowodowały, skoro stan faktyczny nie uległ zmianie. W trzech przypadkach odpowiedź policji lub urzędu gminy/miasta wskazywała na niemożność określenia, czy skutki wprowadzenia ograniczenia nocnej sprzedaży napojów alkoholowych były pozytywne, czy negatywne. Warto jednakże podkreślić, że równocześnie druga z zapytanych instytucji (policja lub urząd) z danej gminy wypowiedziała się o pozytywnych skutkach zakazu. Znaczna większość badanych gmin uznała wprowadzone ograniczenia za pozytywne (15 z 18 gmin; przy czym liczymy również te, w których jedna z instytucji wypowiedziała się w tonie korzystnym, druga w neutralnym).

Jakie argumenty wskazywały gminy na korzyść wprowadzonego zakazu?

Policja najczęściej wskazywała na wzrost poczucia bezpieczeństwa mieszkańców spowodowany mniejszą liczbą interwencji w pobliżu miejsc sprzedaży napojów alkoholowych oraz w stosunku do osób nietrzeźwych znajdujących się w przestrzeni publicznej, mniejszą liczbę zakłóceń porządku i ciszy nocnej, pozytywny wpływ na szeroko rozumiany „ład i porządek” w gminie. Urzędy często wskazywały na pozytywny odbiór ograniczenia przez mieszkańców, a także pracowników (wzrost bezpieczeństwa, mniej kradzieży w sklepach) i właścicieli sklepów prowadzących sprzedaż napojów alkoholowych (nie zanotowano spadku dochodów) – dotyczyło to zwłaszcza stacji paliw. Zwracano również uwagę na mniejszą liczbę osób przewożonych do izb wytrzeźwień i szpitali w związku np. z urazami związanymi ze spożywaniem alkoholu (informacje ze szpitali i pogotowia ratunkowego).

Podsumowując, większość gmin nie skorzystała z możliwości wprowadzenia ograniczenia nocnej sprzedaży napojów alkoholowych – zrobiły to jedynie 162 gminy spośród 2477 w skali całego kraju. Natomiast znaczna większość gmin, która skorzystała z ww. możliwości, korzystnie oceniła skutki zastosowania ograniczenia nocnej sprzedaży napojów alkoholowych.

ROZDZIAŁ XI

SZCZEGÓLNE REGULACJE, WYTYCZNE I REKOMENDACJE ZWIĄZANE Z WPROWADZENIEM STANU EPIDEMII

Wprowadzenie

Poprzedzając wszelkie rozważania dotyczące zagadnień związanych z wprowadzeniem najpierw stanu zagrożenia epidemicznego, a później stanu epidemii, wskazać należy przede wszystkim, że rok 2020 przyniósł szereg nowych regulacji, które z pewnością w większości nie zostałyby wprowadzone w normalnych okolicznościach. Znaczna część tych regulacji ma charakter epizodyczny – odnosi się wyłącznie do stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii – i obejmuje, jeśli nie zostanie to przedłużone, okres do końca 2020 roku. Ze względu jednak na zakres niniejszej publikacji, jak również ciągle zwiększającą się ogólną liczbę zachorowań na COVID-19, warto mieć na uwadze możliwość przedłużenia tych przepisów przez ustawodawcę również na rok 2021. Do takich przepisów należą przede wszystkim przepisy umożliwiające przeznaczanie środków pochodzących z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych na przeciwdziałanie COVID-19. Ponadto charakter epizodyczny mają również przepisy umożliwiające wprowadzenie odbywania w sposób zdalny posiedzeń i wydawanie różnego rodzaju orzeczeń czy postanowień. Należy również pamiętać o wytycznych wydawanych przez odpowiednie organy dla poszczególnych rodzajów instytucji, jak również o ogólnych zasadach sanitarnych, które będą znajdowały zastosowanie w wielu sytuacjach.

Na marginesie warto także zauważyć, że art. 15zszs Ustawy z dnia 2 marca 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych⁵⁰, który wstrzymywał terminy procesowe w postępowaniach administracyjnych, został uchylony z dniem 16 maja 2020 roku, a co za tym idzie – gminne komisje mogą bez przeszkód wydawać opinie o zgodności lokalizacji punktu sprzedaży z uchwałami rady gminy.

⁵⁰ Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. poz. 374 z późn. zm.), dalej jako: ustawa o szczególnych rozwiązaniach związanych z przeciwdziałaniem COVID-19.

Organizacja prac gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w stanie epidemii

Gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych są instytucjami na tyle nietypowymi, że co do zasady nie obejmuje ich obowiązek stosowania bezpośrednio ani przepisów procedury administracyjnej (z wyjątkiem postępowania w sprawie wydania opinii w przedmiocie zgodności lokalizacji punktu sprzedaży z uchwałami rady gminy), ani cywilnej – właściwie instytucje te funkcjonują prawie wyłącznie na podstawie przepisów ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Z tego względu również można napotykać pewne trudności w organizacji ich prac podczas trwania stanu epidemii. Należy wziąć pod uwagę różne obowiązki gminnych komisji, a w szczególności specyfikę procedury zobowiązania do leczenia odwykowego.

Organizując prace gminnych komisji, należy pamiętać o konieczności zapewnienia bezpieczeństwa zarówno członkom gminnych komisji, jak i osobom stawiającym się na jej posiedzenia. Z tego względu warto mieć na uwadze przede wszystkim aktualne, ogólne zalecenia i wytyczne, publikowane na stronach rządowych (www.gov.pl/web/koronawirus/aktualne-zasady-i-ograniczenia; dostęp: 24 sierpnia 2020 r.), a ponadto wytyczne dla urzędów i instytucji (www.gov.pl/web/rozwoj/urzedy-i-instytucje-panstwowe; dostęp: 24 sierpnia 2020 r.). Na szczególną uwagę zasługuje również § 21 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 sierpnia 2020 roku w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii⁵¹. Umożliwia on wprowadzenie w jednostkach organizacyjnych wykonujących zadania o charakterze publicznym ograniczeń, polegających na wykonywaniu wyłącznie zadań niezbędnych do zapewnienia pomocy obywatelom (ust. 1). Z kolei § 21 ust. 5 tego rozporządzenia stanowi, że „Decyzję o rodzaju i formie wprowadzanych ograniczeń, o których mowa w ust. 1, podejmuje, z zastrzeżeniem ust. 4, kierownik urzędu administracji publicznej, dyrektor generalny urzędu lub kierujący jednostką organizacyjną wykonującą zadania o charakterze publicznym, uwzględniając konieczność zapewnienia bezpieczeństwa obywateli, zawiadamiając o tych ograniczeniach, w drodze ogłoszenia, na stronie podmiotowej urzędu lub jednostki, a także przez wywieszenie ogłoszenia w siedzibie urzędu lub jednostki”.

Kolejnym bardzo istotnym przepisem w zakresie organizacji prac gminnej komisji jest art. 15zxx Ustawy z dnia 2 marca 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych z przeciwdziałaniem COVID-19. Przepis ten stanowi, że: „W okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii organy stanowiące jednostek samorządu terytorialnego oraz działające kolegiально organy: wykonawcze w jednostkach samorządu terytorialnego, w związkach jednostek samorządu terytorialnego, w związku metropolitalnym, w regionalnych izbach obrachunkowych, samorządowych kolegiach odwoławczych oraz w organach pomocniczych jednostek samorządu terytorialnego mogą zwoływać i odbywać obrady, sesje, posiedzenia, zgromadzenia lub inne formy działania właściwe dla tych organów, a także podejmować rozstrzygnięcia,

⁵¹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 sierpnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. poz. 1356 z późn. zm.).

w tym uchwały, z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość lub korespondencyjnie (zdalny tryb obradowania). Obradowanie w zdalnym trybie zarządza osoba uprawniona do przewodniczenia danemu organowi stanowiącemu jednostki samorządu terytorialnego oraz innemu organowi działającemu kolegiałnie.

Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do kolegiałnych organów wewnętrznych, takich jak komisje oraz zespoły, działających w organach stanowiących jednostek samorządu terytorialnego oraz organach działających kolegiałnie”.

Wobec powyższego przepisu uznać należy, że również prace gminnej komisji mogą zostać zorganizowane w trybie zdalnym.

W przedmiocie organizacji prac związanych z procedurą zobowiązania do leczenia odwykowego należy wskazać, że w początkowym okresie stanu epidemii sądy zostały zobligowane do rozpatrywania wyłącznie spraw pilnych, do których nie należały sprawy z zakresu zobowiązania do leczenia odwykowego. Jednak w dniu 16 maja 2020 roku wszedł w życie art. 15zszs¹ Ustawy z dnia 2 marca 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych. Na podstawie tego przepisu możliwe jest wyznaczanie rozpraw przy użyciu urządzeń technicznych umożliwiających przeprowadzenie ich na odległość lub nawet w sposób tradycyjny, jeśli nie wywoła to nadmiernego zagrożenia dla zdrowia osób w nim uczestniczących. Co za tym idzie, gminne komisje mogą składać wnioski do sądów o zobowiązanie do leczenia odwykowego osób, wobec których prowadziły procedurę.

Pojawia się również pytanie: Czy biegli mogą przeprowadzić badanie w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego w sposób zdalny, tak aby nie narażać bezpieczeństwa swojego i pacjentów oraz czy taka opinia jest prawidłowa z formalnego punktu widzenia i czy będzie mogła zostać przedstawiona przed sądem? Przeprowadzenie badania do wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu regulowane jest przez Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 roku w sprawie biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu. Paragraf 4 ust. 1 tego rozporządzenia stanowi, że:

„1. W celu sporządzenia opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu należy ocenić:

- 1) dane z dostępnej dokumentacji;
- 2) stan somatyczny i psychiczny na podstawie osobistego badania”.

Zaś § 5 ust. 2 tego rozporządzenia stanowi, że:

„2. Badanie w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu, zwane dalej »badaniem«, biegli przeprowadzają wspólnie, każdy w zakresie swojej specjalności, w warunkach zapewniających bezpieczeństwo oraz ochronę dóbr osobistych osoby badanej”.

Warto jednak zwrócić uwagę przede wszystkim na § 6 powyższego rozporządzenia, który stanowi, że:

„Jeżeli osoba badana odmawia poddania się badaniu, utrudnia jego przeprowadzenie lub z innych powodów nie jest możliwe ustalenie wniosków diagnostycznych, biegły ogranicza swoje czynności do możliwych w danej sytuacji i wzmiankuje o zaistniałych okolicznościach w sporządzonej opinii”.

Wobec powyższego, jeżeli przeprowadzenie osobistego badania mogłoby narażać bezpieczeństwo biegłych lub osoby badanej, biegli mogliby ograniczyć swoje czynności zgodnie z powyższym przepisem. Wydaje się również, że ograniczenie to mogłoby polegać na przeprowadzeniu badania w sposób zdalny. Takie badanie powinno jednak uwzględniać wytyczne do prowadzenia wizyt online w opiece psychiatrycznej, dostępne na stronie www.gov.pl/web/koronawirus/zasady-prowadzenia-wizyt-online-w-opiece-psychiatrycznej (dostęp: 24 sierpnia 2020 r.).

Warto również wspomnieć, że przeprowadzane na podstawie art. 18 ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi kontrole punktów sprzedaży nie są wstrzymane. Należy jednak zwrócić uwagę na modyfikacje ustawy – Prawo przedsiębiorców, polegające na dodaniu w art. 51 ust. 3a oraz zmianie ust. 4 (z dniem 24 czerwca 2020 r.). Aktualnie te jednostki stanowią, że:

„3a. Za zgodą przedsiębiorcy kontrola lub poszczególne czynności kontrolne mogą być przeprowadzone w sposób zdalny za pośrednictwem operatora pocztowego w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz.U. z 2020 r. poz. 1041) lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. z 2020 r. poz. 344), jeżeli może to usprawnić prowadzenie kontroli lub przemawia za tym charakter prowadzonej przez przedsiębiorcę działalności gospodarczej.

4. Dokumenty oraz informacje zebrane w toku czynności wykonywanych przez organ kontroli z naruszeniem przepisów ust. 2–3a nie stanowią dowodu w postępowaniu kontrolnym”.

Warto również odnieść się do kwestii wynagrodzenia członków gminnych komisji w przypadku, w którym zdecydują państwo o odwołaniu lub przełożeniu posiedzeń, ale członkowie wyrażą gotowość do pracy. Jedynym aktem prawnym, który w bezpośredni sposób reguluje prace i organizację gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych jest ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Ustawa ta nie zawiera szczegółowych regulacji dotyczących wynagrodzeń członków gminnych komisji, a jedynie ogólny zapis: „Zasady wynagrodzania członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych określa rada gminy w gminnych programach rozwiązywania problemów alkoholowych” (art. 4¹ ust. 5 tej ustawy). Powyższy przepis nie wskazuje formy wynagrodzenia, pozostawiając decyzję w tym względzie

radzie gminy. Finansowanie czasu gotowości do pracy członków gminnych komisji może zostać zatem określone w gminnym programie.

Wydaje się, że jeśli w gminnym programie lub umowie z członkiem gminnej komisji nie zostało zastrzeżone „przestojowe” wynagrodzenie lub np. miesięczny ryczałt, ale wynagrodzenie za dane czynności, np. za posiedzenia, to nie jest możliwe wypłacenie takiego wynagrodzenia. Warto jednak tę kwestię skonsultować z prawnikiem urzędu.

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

Finansowanie dostosowania miejsc pomocy do pracy zdalnej

Aby umożliwić realizację zadań w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych możliwe jest finansowanie wszelkich kosztów dostosowania miejsc pomocy do realizowania zadań w formie zdalnej.

Zakupy w postaci laptopów, telefonów komórkowych, mikrofonów, słuchawek, dostępu do internetu są możliwe dla punktów konsultacyjnych, placówek leczenia uzależnień, świetlic socjoterapeutycznych dla zapewnienia funkcjonowania miejsc pomocy w systemie zdalnym.

W ramach dostosowywania miejsc pomocy do nowych warunków społecznych możliwe jest również zakupienie oprogramowania i usług informatyka, który przygotowuje stanowiska do pracy. Zorganizowanie nowej formy pracy wymaga też przygotowania informacji do lokalnych mediów i ten rodzaj działań informacyjnych także może być sfinansowany w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Rekomendujemy także rozeznanie potrzeb placówek leczenia uzależnienia od alkoholu i dofinansowanie tych porad, które nie są finansowane przez NFZ, aby placówki mogły udzielać szerokiego wsparcia osobom potrzebującym pomocy psychologicznej, redukując ryzyko sięgania po alkohol w tym trudnym okresie.

Zakup środków ochrony osobistej dla osób, które wykonują prace w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

Jeżeli miejsca pomocy, takie jak punkty konsultacyjne, ośrodki leczenia uzależnień, placówki wsparcia dziennego realizują zadania w formie bezpośrednich kontaktów z klientami, zakup środków ochrony osobistej jest uzasadnionym wydatkiem w ramach zadania gminnego programu obejmującego prowadzenie ww. placówek. Pozwala im to sprawnie i bezpiecznie działać w okresie trwania epidemii.

Warto wspomnieć, że wydatki biurowe związane z działalnością gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych nie stanowią zakresu wydatków możliwych do pokrywania w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Zgodnie z art. 4¹ ust. 5 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi: „Zasady wynagra-

dzania członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych określa rada gminy w gminnych programach rozwiązywania problemów alkoholowych”. Co za tym idzie, tylko wynagrodzenie gminnych komisji oraz koszty podnoszenia kompetencji mogą być finansowane ze środków pochodzących z opłat za korzystanie z zezwoleń, z uwagi na to, że jest to bezpośrednio związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych. W związku z powyższym wszelkie pozostałe wydatki związane z funkcjonowaniem GKRPA powinny być finansowane ze środków własnych gminy nie będących elementem gminnego programu. Oznacza to, że środki na przekształcenie warunków pracy na zdalną powinny być zabezpieczone przez organ powołujący gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych w ramach środków własnych.

Edukacja publiczna w zakresie wpływu stanu epidemii na zwiększenie występowania problemów alkoholowych w gminie

Zaleca się prowadzenie edukacji publicznej w zakresie wpływu stanu epidemii na problemy alkoholowe, szczególnie w zakresie ochrony dzieci i dorosłych przed przemocą w rodzinie. Ważne jest, aby informować o faktach i mitach dotyczących wpływu alkoholu na organizm człowieka, z uwagi na to, że alkohol jest podstawą środków dezynfekujących. Nie można zapomnieć również o wpływie izolacji na powstawanie i eskalację problemów alkoholowych wśród wszystkich osób pozostających we wspólnym pożyciu. Bardzo istotnym elementem edukacji publicznej jest informowanie obywateli o formach pomocy w tym szczególnym okresie. Informacje o formach prowadzenia edukacji publicznej znajdują się w rozdziale II podrozdział „Edukacja publiczna w zakresie problematyki alkoholowej”.

Przeciwdziałanie epidemii COVID-19 a środki pochodzące z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych

Zgodnie z art. 15qc Ustawy z dnia 2 marca 2020 roku o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych: „Do dnia 31 grudnia 2020 r. wójt (burmistrz, prezydent miasta) może wykorzystać dochody z opłat za zezwolenia wydane na podstawie art. 18 lub art. 18¹ ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz dochody z opłat określonych w art. 11¹ tej ustawy również na działania związane z przeciwdziałaniem COVID-19”.

Warto zwrócić uwagę na uzasadnienie projektu aktu, który dodał art. 15qc do powyższej ustawy⁵²: „Proponowane przepisy nie konkretyzują rodzajów wydatków, na jakie mogą być przeznaczone środki. Celem takiego rozwiązania jest umożliwienie dostosowania wydatków do potrzeb danego województwa, powiatu czy gminy. Potrzeby te muszą być natomiast związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem epidemii COVID-19 oraz wywołanych nim sytu-

⁵² Uzasadnienie projektu Ustawy z dnia 19 czerwca 2020 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19 oraz o uproszczonym postępowaniu o zatwierdzenie układu w związku z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. poz. 1086), dostępne pod adresem: <http://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=382> (dostęp: 24.08. 2020 r.).

acji kryzysowych – może być to np. ochrona miejsc pracy, pomoc lokalnym przedsiębiorstwom czy doposażenie szpitali” (str. 60 uzasadnienia projektu). Widać zatem, że przepis ten nie przesądza ani trybu wydatkowania tych środków, ani ustanowienia dla nich odrębnego funduszu.

Zmiany dokonywane w gminnych programach nie są zatem obowiązkiem, a uprawnieniem, w przypadku, jeżeli rada gminy będzie chciała przekazać część z tych środków na zadania związane z pandemią. Wówczas trzeba będzie dokonać przeglądu zadań wpisanych w gminny program i ocenić, które spośród działań nie mogły lub nie będą mogły zostać zrealizowane (lub będą musiały zostać ograniczone) w tym roku ze względu na pandemię i dokonać ich modyfikacji pod kątem zarówno rzeczowym, jak i kosztów z tym związanych. Wówczas środki gminnego programu, które nie zostały wykorzystane, będą mogły być przeznaczone na przeciwdziałanie COVID-19. Oznacza to, że pozostałe niewykorzystane fundusze pochodzące z zezwoleń powinny zostać wyłączone z kategorii budżetowej przypisanej rozwiązywaniu problemów alkoholowych.

Przepis ten ustanawia wyłom w zasadzie przeznaczania środków pochodzących z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych wyłącznie na realizację gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz Gminnych Programów, o których mowa w art. 10 ust. 2 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii⁵³, a także zadań realizowanych przez placówkę wsparcia dziennego, o której mowa w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz Gminnych Programów, o których mowa w art. 10 ust. 2 Ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (art. 18² ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi). Nie ulega jednak wątpliwości, że zadania związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 nie mogą stać się elementem gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, te bowiem służą realizacji działań określonych w art. 4¹ ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, tj. działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu. Ustawodawca nie przesądził również o możliwości rozszerzenia treści gminnych programów o zadania związane z COVID-19, a zatem uzasadnione wydaje się stanowisko, że środki pochodzące z opłat za korzystanie z zezwoleń, będą mogły być przeznaczane na te cele, ale bez podstawy w postaci gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Nie ulega wątpliwości, że przeznaczenie tych środków na nowe zadania nie może kolidować ani zakłócać realizacji działań zaplanowanych w gminnych programach. Projektodawca nie przesądził bowiem o nadaniu wyższego priorytetu zadaniom związanym z COVID-19, a można jedynie uznać, że użyte przez niego w projektowanym art. 15qc sformułowanie „(...) może wykorzystać dochody z opłat za zezwolenia (...) również na (...)” wskazuje na pewnego rodzaju równorzędność tych zadań. Jednakże przeznaczanie tych środków na zadania określone w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nie jest fakultatywne, a obligatoryjne.

⁵³ Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii – t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 852 z późn. zm.

Dlatego należy pamiętać, że nie istnieje możliwość rezygnacji z wykonywania tych działań na rzecz finansowania działań związanych z COVID-19.

Przypominamy jednak, że w obecnym stanie prawnym (tj. aktualnym na dzień 24 sierpnia 2020 r.) nie ma zapisów pozwalających na wydatkowanie funduszy ze środków pochodzących z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych na przeciwdziałanie COVID-19 również w 2021 roku. Powyższe uwagi dotyczą zatem wyłącznie 2020 roku. Nie jest jednak pewne, czy ustawodawca nie zdecyduje o powtórzeniu tego przepisu na 2021 rok.

ROZDZIAŁ XII

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** – wykład dydaktyczny powinien opierać się na konspekcie, którego udostępnienia może oczekiwać organizator szkolenia.

Wysokość wynagrodzenia: **230–575 zł**. Stosowanie stawki powyżej 345 zł powinno być zarezerwowane dla wykładowców z wyższym wykształceniem.

Seminaria i warsztaty, treningi szkoleniowe dla profesjonalistów

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

Wysokość wynagrodzenia **115–230 zł**.

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

Wysokość wynagrodzenia **115–175 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 **115–230 zł** od jednej osoby odbywającej staż.

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

- **zajęcia profilaktyczne dla młodzieży** – wynagrodzenie **35–85 zł**,
- **zajęcia opiekuńczo-wychowawcze** dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym – wynagrodzenie **30–45 zł**,
- **zajęcia socjoterapeutyczne** – wynagrodzenie **40–80 zł**.

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

W przypadku programów socjoterapeutycznych uzasadnione jest finansowanie superwizji lub konsultacji dla zespołu. Stawki za superwizje dla członków zespołu socjoterapeutycznego mogą być ustalane w granicach **115–175 zł**.

Dyżury interwencyjno-wspierające

- **Systematyczne dyżury interwencyjno-wspierające**, wynagrodzenie **35–70 zł**.
- **Programy terapeutyczne oraz pomoc rehabilitacyjna** dla osób uzależnionych i członków ich rodzin (w tym DDA):
 - ✓ godzina psychoterapii indywidualnej w ramach programu terapeutycznego – wynagrodzenie **90–150 zł**,
 - ✓ godzina psychoterapii grupowej w ramach programu terapeutycznego – wynagrodzenie **105–175zł**,
 - ✓ **mikroedukacja** dla pacjentów w programach terapeutycznych – wynagrodzenie **45–90 zł**,
 - ✓ **superwizja** indywidualna lub grupowa specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień – wynagrodzenie **140–230 zł**.

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

- **systematyczne dyżury interwencyjno-wspierające** – wynagrodzenie **45–75 zł**,
- **oddziaływania edukacyjno-korekcyjne** dla sprawców przemocy – wynagrodzenie **45–75 zł**,
- **konsultacje specjalistów** (prawnik, lekarz, psycholog kliniczny) – wynagrodzenie **50–80 zł**,
- **zajęcia terapeutyczne** dla osób doświadczających przemocy **45–75 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 50–125 zł** za stronę znormalizowanego maszynopisu, tj. 1800 znaków.
- **Tłumaczenia tekstu 50–80 zł** (w zależności od terminu) za znormalizowaną stronę maszynopisu.
- **Wytwarzanie i zlecenie innych materiałów edukacyjno-terapeutycznych** (filmy, plakaty itp.).

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

- ✓ umieścić odpowiednie zadanie w gminnym programie np. „Podnoszenie kwalifikacji członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych oraz pełnomocnika poprzez udział w konferencjach, szkoleniach, warsztatach oraz związane z tym koszty udziału i dojazdu”;

- ✓ określić, w jaki sposób będą rozliczane koszty wyjazdów, np. można odwołać się do zarządzenia wójta/burmistrza w sprawie zwrotu kosztów podróży pracowników urzędu. Przy rozliczaniu tego zadania należy podać liczbę osób, tematykę i czas trwania szkolenia, instytucję szkolącą i rodzaj kosztów.

Jeżeli w ramach dotowanych zadań opracowywane są nowe technologie terapeutyczne, profilaktyczne, edukacyjne czy diagnostyczne, w umowach należy zadbać o to, aby znalazły się zapisy, które wskazują m.in., że autorzy przenoszą na publicznego zleceniodawcę 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 zleceniodawca, uwzględniając warunki i specyfikę szkolenia.

Wykaz aktów prawnych:⁵⁴

- 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 Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 r. w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu – Dz.U. z 2018 r., poz. 2410 z późn. zm.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – Dz.U. z 2019 r., poz. 1285 z późn. zm.
- 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 r. w sprawie biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu – Dz.U. Nr 250, poz. 1883 z późn. zm.
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – Dz.U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 – Dz.U. z 2016 r. poz. 1492.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 sierpnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii – Dz.U. poz. 1356 z późn. 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 r. o ochronie danych osobowych – t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1781
- Ustawa z dnia 10 stycznia 2018 r. o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o bezpieczeństwie imprez masowych – Dz.U. poz. 310.

⁵⁴ Stan prawny na dzień 24 sierpnia 2020 r.

-
- Ustawa z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych – Dz.U. poz. 2019 (data wejścia w życie – 01.01.2021 r.).
 - Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej – Dz.U. z 2019 r. poz. 1507, ze zm.
 - Ustawa z dnia 12 października 2017 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego, ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – Dz.U. poz. 2245.
 - Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym – t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 176
 - Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego – t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 256 z późn. zm.
 - Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – Dz.U. z 2020 r., poz. 295 ze zm.
 - Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego – t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1460 z późn. zm.
 - Ustawa z dnia 19 czerwca 2020 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19 oraz o uproszczonym postępowaniu o zatwierdzenie układu w związku z wystąpieniem COVID-19 – Dz.U. poz. 1086.
 - Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych – Dz.U. poz. 1818.
 - Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego – t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 685.
 - Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się – t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1824
 - Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych – Dz.U. poz. 374 z późn. zm.
 - Ustawa z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – Dz.U. 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 22 marca 2018 r. o komornikach sądowych – t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 121 z późn. zm.
 - Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie – t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 1057.
 - 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 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy – t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 1359.

- Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy – t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1320.
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi – Dz.U. z 2019 r., poz. 2277 ze zm.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 1398, dalej jako: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych – t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 755 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 28 lutego 2018 r. o kosztach komorniczych – t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 2363 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii – t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 852 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych – t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1843 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 30 kwietnia 2020 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw – Dz.U. poz. 956.
- Ustawa z dnia 4 lipca 2019 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw – Dz.U. poz. 1469 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy – t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 523 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej – t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 821.



