

Rekomendacje

do realizowania i finansowania
gminnych programów
profilaktyki i rozwiązywania problemów
alkoholowych w **2017** roku



Zespół redaktorów i recenzentów:
Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Projekt graficzny, skład i łamanie:
Krzysztof Konarski

Korekta:
Katarzyna Kulesza

Copyright © Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

ISBN 978-83-88075-14-8

Wydanie I
Warszawa 2016

Druk i oprawa:
Drukarnia MATRIX

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	8
ROZDZIAŁ II	
Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie	25
Rozdział III	
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, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych	37
Rozdział IV	
Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych	59
Rozdział V	
Podjęcie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13 ¹ i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego	66
ROZDZIAŁ VI	
Wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej	73
Rozdział VII	
Instytucja zobowiązania do leczenia odwykowego	75
Rozdział VIII	
Kompetencje członków gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych	83
Rozdział IX	
Dodatkowe informacje prawno-finansowe	85
Rozdział X	
Rekomendowane stawki finansowe	91

WSTĘP

Do zadań własnych gminy, zgodnie z Ustawą z dn. 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2016 r., poz. 487 j.t.), należy prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracją społeczną osób uzależnionych od alkoholu (art. 4¹ ust. 1). W szczególności zadania te obejmują:

- zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu,
- udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie,
- 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, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych,
- wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych,
- podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13¹ i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego,
- wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej.

Zadania te są realizowane w ramach corocznie uchwalanych gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Ustawa o zdrowiu publicznym [Ustawa z dnia 11 września 2015 r. (Dz.U. z 2015 r., poz. 1916)] w art. 19 pkt 4 **wprowadziła zmiany do ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi**. Między innymi art. 4¹ ust. 2 otrzymał brzmienie: „Realizacja zadań, o których mowa w ust. 1, 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**. Gminny program jest realizowany przez ośrodek pomocy społecznej, o którym mowa w przepisach o pomocy społecznej, lub inną jednostkę wskazaną w tym programie. W celu realizacji gminnego programu wójt (burmistrz, prezydent miasta) może powołać pełnomocnika”.

Realizując gminne programy, należy bezwzględnie przestrzegać ustawowego wymogu, aby **każde zadanie, które zostanie wpisane do gminnego programu, miało związek z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi**, ponieważ tylko na takie zadania mogą zostać wydatkowane środki pochodzące z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, o czym mówi art. 11¹ „W celu pozyskania dodatkowych środków na finansowanie zadań określonych w art. 4¹ gminy pobierają opłatę za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, o których mowa w art. 18”. W kontekście nowego brzmienia art. 4¹, planując działania w ramach gminnych programów, należy jednocześnie uwzględnić zadania wskazane do realizacji przez Narodowy Program Zdrowia.

Przykłady zadań, które nie mają związku z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych i nie powinny być finansowane w ramach gminnych programów:

- udzielanie indywidualnej pomocy materialnej osobom uzależnionym i członkom ich rodzin (np. zakup podręczników dla dzieci z rodzin alkoholowych, bony towarowe, żywność, zakup lekarstw i odzieży, dofinansowanie stołówek, dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, dofinansowanie kosztów dojazdu na terapię),
- utrzymanie boiska, budowa placów zabaw i boisk sportowych, budowa lodowiska, utrzymanie pływalni, finansowanie miasteczka rowerowego, modernizacja placu zabaw,
- monitoring miejski,
- dofinansowanie działalności domu kultury
- dofinansowanie Uniwersytetu Trzeciego Wieku,
- szczepienia ochronne,
- prowadzenie ogrzewalni dla osób bezdomnych,
- funkcjonowanie izb wytrzeźwień.

Zgodnie z art. 18² ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi dochody z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych będą wykorzy-

stywane jedynie na realizację gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, a także na zadania realizowane przez placówki wsparcia dziennego, o których mowa w przepisach o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej i nie mogą być przeznaczone na inne cele. Warto podkreślić, że wszelkie wsparcie finansowe przekazywane na rzecz ww. placówek musi być ujęte w gminnym programie.

Kwestię organizacji i zasad prowadzenia placówek wsparcia dziennego reguluje Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2016, poz. 575, ze zm.)

Z zapisu art. 18² ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi jasno wynika, że kwota środków finansowych niewykorzystanych w danym roku budżetowym musi zwiększyć pulę środków przeznaczonych w następnym roku na realizację gminnych programów.

Niniejsza publikacja omawia sposoby realizacji poszczególnych zadań gminnego programu wskazanych w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Należy jednak pamiętać, aby wpisując poszczególne zadania do gminnego programu, kierować się aktualną wiedzą i brać przede wszystkim pod uwagę ich skuteczność w realizacji celów gminnego programu.

ROZDZIAŁ I

Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu

Wprowadzenie

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

Na mocy art. 21 Ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2016 r. poz. 487 j.t.) leczenie osób uzależnionych od alkoholu odbywa się w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r., poz. 1638 j.t.). 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 prowadzonych przez urzędy wojewódzkie, nie mają prawa leczyć osób uzależnionych. Mimo to w ostatnich latach wzrasta liczba miejsc, które, najczęściej odpłatnie, oferują świadczenia w zakresie terapii uzależnienia od alkoholu. Kierując zatem osobę uzależnioną do leczenia czy też rozważając dofinansowanie programu leczenia w placówce należy sprawdzić, czy jest ona zarejestrowana w spisie podmiotów prowadzących działalność leczniczą.

Uzależnienie od alkoholu jest zaburzeniem psychicznym i zaburzeniem zachowania, które w Polsce diagnozuje się na podstawie Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja 10 (ICD 10). W procesie diagnozowania uczestniczą lekarze psychiatry, specjaliści psychoterapii uzależnień i psychologowie z doświadczeniem klinicznym. Do ostatecznego postawienia rozpoznania uzależnienia od alkoholu uprawniony jest lekarz.

Podstawową metodą leczenia osoby uzależnionej od alkoholu jest psychoterapia indywidualna i grupowa. Leczenie medyczne ma wymiar wspomagający psychoterapię i jest nakierowane na usuwanie powikłań spowodowanych szkodliwym używaniem alkoholu (w tym leczenie alkoholo-

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



wych zespołów abstynencyjnych), farmakologiczne wsparcie oddziaływań psychoterapeutycznych oraz leczenie współwystępujących zaburzeń. W Polsce na liście leków zarejestrowanych w leczeniu uzależnienia od alkoholu znajdują się cztery substancje: 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.

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

Wspieranie placówek leczenia uzależnienia od alkoholu

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

- ograniczeniem dostępności świadczeń (długi okres oczekiwania na wizytę 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 terapii ponadpodstawowej czy 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 wciąż rosnącej liczby osób zgłaszających się na leczenie. Zatem, jeśli na terenie gminy działa placówka leczenia uzależnienia od alkoholu, zadaniem samorządu terytorialnego jest udzielenie jej takiego wsparcia, jakie pozwalałoby na realizację efektywnych programów psychoterapii uzależnienia i współuzależnienia. Jeżeli zaś na terenie gminy nie ma tego typu placówki, samorząd terytorialny powinien zapewnić dostęp swoim mieszkańcom do usług naj-

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

bliższej placówki odwykowej i sprawdzić, jakiego typu działania wspierające mogłyby podnieść efektywność świadczonych przez nią usług. Gdy odległość do najbliższej placówki nie pozwala mieszkańcom gminy na podjęcie regularnej terapii, należy rozważyć możliwość utworzenia takiej placówki samodzielnie (gminy powyżej 25 tys. mieszkańców) lub w porozumieniu z innymi gminami.

Nie rekomenduje się finansowania ze środków gminnego programu przejazdu osób uzależnionych do placówek leczenia uzależnienia. O środki na ten cel osoby uzależnione mogą się starać w ośrodku pomocy społecznej, na podstawie art. 36 pkt 2 lit b w związku z art. 17 ust. 1 pkt 8 Ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U. z 2016, poz. 930 ze zm.), zgodnie z którym do obowiązkowych zadań własnych gminy z zakresu pomocy społecznej należy przyznawanie zasiłków celowych w formie biletu kredytowanego.

Środki w ramach realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych nie mogą być przeznaczone na finansowanie pomocy materialnej dla osób uzależnionych oraz członków ich rodzin. Jest to zadanie placówek pomocy społecznej.

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

Przekazywanie środków publicznych podmiotom prowadzącym działalność leczniczą przez jednostki samorządu terytorialnego na podstawie przepisów Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r., poz. 1638 j.t.).

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 w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2015 r., poz. 584 ze zm.) 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 środki pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
- cele określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych;
- realizację programów wieloletnich;
- pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne.

Ponadto należy wskazać, że 15 lipca 2016 roku weszła w życie Ustawa z dnia 10 czerwca 2016 roku o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2016 r. poz. 960), która wprowadziła art. 9a i art. 9b do Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.), określające zasady finansowania świadczeń gwarantowanych przez jednostki samorządu terytorialnego dla mieszkańców wspólnoty samorządowej.

Jak wskazano powyżej, jednostki samorządu terytorialnego mogą obecnie – na podstawie przepisów ustawy o działalności leczniczej – przekazywać podmiotom leczniczym dotacje na ściśle określony cel, w tym inwestycje w nieruchomości, zakupy aparatury medycznej, kształcenie kadry medycznej oraz prowadzenie programów profilaktycznych. Zgodnie natomiast z art. 9a ww. ustawy w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb

zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane. Zmiana określa wyraźnie podstawę prawną dla tych działań i przewiduje przyznanie jednostkom samorządu terytorialnego kompetencji do finansowania świadczeń gwarantowanych dla członków swojej wspólnoty samorządowej.

Zakres świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzależnienia od alkoholu wyznacza Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku o świadczeniach gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. poz. 1386, z późn. zm.).

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 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, a 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.

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 finan-

sowych 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

Rekomendowane do zakupu przez samorządy świadczenia zdrowotne, realizowane w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu na rzecz osób uzależnionych od alkoholu.

Programy psychoterapii uzależnienia od alkoholu

Badania dowodzą³, że skuteczność leczenia uzależnienia od alkoholu zależy w dużym stopniu od nieprzerwanego zaangażowania pacjentów w trwające do 24 miesięcy programy terapeutyczne. Nie tylko czas trwania, ale przede wszystkim obszary pracy terapeutycznej decydują o kompleksowości i ciągłości opieki. Najczęściej na całość leczenia składa się:

- program podstawowy, trwający od 6 do 8 tygodni w oddziałach całodobowych i dziennych lub ok. 6 miesięcy w placówkach ambulatoryjnych, którego celem jest rozpoznanie uzależnienia, zbudowanie motywacji do leczenia i podjęcia nauki życia na trzeźwo,
- programy: ponadpodstawowy i 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.

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

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

Zgodnie z art. 22 ustawy o wychowaniu w trzeźwości zarządy wszystkich województw organizują wojewódzkie ośrodki terapii uzależnienia i współuzależnienia, zwane WOTUW-ami, które, poza leczeniem pacjentów, mają dodatkowe zadania, między innymi – ocenę dostępności i jakości świadczeń w zakresie leczenia uzależnienia udzielanych na terenie województwa [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobów funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu (Dz.U. 2012, poz. 734)]. Oznacza to, że WOTUW-y mogą służyć samorządom gminnym pomocą w oce-

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

nie zasobów i potrzeb lecznictwa odwykowego w tym zakresie. 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 terapeutycznej⁴. Bardzo ważne jest, aby w leczeniu, poza terapią grupową, zagwarantować pacjentom systematyczne sesje psychoterapii indywidualnej. Rekomendowanym standardem są cotygodniowe spotkania pacjentów z terapeutami prowadzącymi ich leczenie. Realizacja tego standardu wymaga jednak zatrudnienia odpowiedniej liczby specjalistów psychoterapii uzależnień, co często uniemożliwia zbyt niska wysokość środków w ramach kontraktów z NFZ. Zakup indywidualnych sesji psychoterapeutycznych, celem zwiększenia ich ilości 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. Biorąc pod uwagę fakt, że uzależnienie jest chorobą chroniczną, to trwałą abstynencję należy uznać za cel optymalny (najlepszy dla klienta). Problemem jest to, że znaczna część osób uzależnionych w chwili rozpoczynania leczenia nie akceptuje tego celu. Jest on również dla nich trudny do osiągnięcia. Dlatego innym celem leczenia może być ograniczanie spożywania alkoholu. 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.

Rekomenduje się poszerzenie ofert placówek leczenia uzależnienia od alkoholu o programy nakierowane na ograniczenie spożywania alkoholu i zakup takich programów oraz finansowe wspieranie 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. lecznictwa odwykowego, opracowała rekomendacje do tworzenia i realizowania programów ograniczania picia alkoholu w placówkach leczenia uzależnień oraz propozycję programu szkolenia dla realizato-

⁴ Miller W., *Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji*. Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2009.

rów 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. 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 ludzi młodych, 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 kosztów leczenia osób dorosłych i niepełnoletnich, warto zakupić takie programy lub przynajmniej specyficzne dla nich elementy, np. pracę z rodzicami lub z całymi 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 bez alkoholu, rozwiązania 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.

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

Dofinansowanie obowiązkowych szkoleń do uzyskania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień

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

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

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

Instruktor terapii uzależnień nie prowadzi psychoterapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, lecz wykonuje określone świadczenia zdrowotne w procesie leczenia osób uzależnio-

nych: 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 pieczętach terapeutów tytułów zawodowych specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień wyjaśniamy, że:

- Specjalista psychoterapii uzależnień to osoba, która posiada:
 - tytuł zawodowy lekarza, tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub tytuł magistra uzyskany po kierunkach: psychologia, pedagogika, pedagogika specjalna, socjologia, resocjalizacja, nauki o rodzinie, teologia lub filozofia albo inny tytuł niż wyżej wymienione, dopuszczony na podstawie obowiązujących wcześniej przepisów,
 - certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień nadany przez dyrektora PARPA.
- Instruktor terapii uzależnień to osoba, która posiada:
 - wykształcenie średnie, wyższe – licencjat bądź wyższe magisterskie o kierunkach innych niż wymienione powyżej,
 - certyfikat instruktora terapii uzależnień nadany przez dyrektora PARPA.
- Osoba w trakcie zdobywania kwalifikacji specjalisty psychoterapii uzależnień posiada:
 - tytuł zawodowy lekarza, tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub tytuł magistra uzyskany po kierunkach: psychologia, pedagogika, pedagogika specjalna, socjologia, resocjalizacja, nauki o rodzinie, teologia lub filozofia albo inny tytuł niż wyżej wymienione, dopuszczony na podstawie obowiązujących wcześniej przepisów,
 - zaświadczenie wydane przez dyrektora PARPA potwierdzające status osoby uczestniczącej w programie szkolenia prowadzącym do uzyskania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień.
- Osoba w trakcie zdobywania certyfikatu instruktora terapii uzależnień posiada:
 - wykształcenie średnie, wyższe – licencjat bądź wyższe magisterskie o kierunkach innych niż wymienione powyżej,
 - zaświadczenie wydane przez dyrektora PARPA potwierdzające status osoby uczestniczącej w programie szkolenia prowadzącym do uzyskania certyfikatu instruktora terapii uzależnień.

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

Osoby, które nie mają certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień, nie mają prawa posługiwania się tymi tytułami zawodowymi, niezależnie od pozio-

mu ich zaawansowania w programie szkolenia. Nie mogą też pracować samodzielnie. Ich pracę zobowiązani są nadzorować specjaliści psychoterapii uzależnień.

Od 2010 roku program szkolenia składa się z następujących etapów:

Etap pierwszy: szkolenie w zakresie podstawowych umiejętności udzielania profesjonalnej pomocy psychologicznej, nowoczesnych metod diagnozowania oraz terapii uzależnienia i psychoterapii członków rodzin, w wymiarze nie mniejszym niż 650 godzin zajęć dydaktycznych. Obejmuje naukę podstawowych umiejętności inter- i intrapersonalnych oraz umiejętności pomagania osobom uzależnionym i ich bliskim w kontakcie indywidualnym i grupowym.

Etap drugi: staż kliniczny w akredytowanych placówkach terapii uzależnień, w wymiarze nie mniejszym niż 80 godzin roboczych. Staż jest sprawdzianem praktycznych umiejętności i możliwości prowadzenia psychoterapii uzależnienia i zaburzeń życia rodzinnego wynikających z picia osoby bliskiej, zwłaszcza umiejętności prowadzenia sesji psychoterapii grupowej.

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

Zakończeniem programu szkolenia jest egzamin certyfikacyjny. W połowie 2015 roku certyfikaty specjalistów psychoterapii uzależnień posiadało już 1539 osób, zaś instruktorów terapii uzależnień – 403 osoby.

Tryb zdobywania tytułów specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (Dz.U. z 2012 r. poz. 734) oraz Zarządzenie nr 13 Dyrektora Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych z dnia 1 lipca 2012 roku (z późn. zmianami) w sprawie zasad organizacji systemu uzyskiwania kwalifikacji zawodowych potwierdzonych certyfikatami: specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień, publikowane na stronie PARPA: www.parpa.pl. Zatem przy podejmowaniu decyzji o ewentualnym dofinansowaniu kształcenia przyszłych specjalistów i instruktorów warto dopilnować, by finansowane szkolenie odbywało się zgodnie z wymogami określonymi w wyżej wymienionym rozporządzeniu i zarządzeniu, a w szczególności, by osoby, których szkolenie ma być dofinansowane, spełniały wymogi dotyczące wykształcenia, określone w § 13 ust. 2 i 3 rozporządzenia.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych nadzoruje przebieg procesu certyfikacji specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień. Poszczególne etapy są realizowane przez podmioty posiadające akredytację dyrektora PARPA. Powołana przy PARPA Rada ds. Akredytacji rozpatruje wnioski: o przyznanie akredytacji szkoleniom, placówkom stażowym oraz o wpis na listę osób uprawnionych do prowadzenia superwizji klinicznej do

celów szkoleniowych zgodnie z wymogami zawartymi w programie. Rada rekomenduje dyrektorowi PARPA przyznanie akredytacji i dokonanie wpisów na listę.

Lista wszystkich szkoleń mających aktualną akredytację dyrektora PARPA, jest dostępna na stronie internetowej www.parpa.pl w zakładce „Certyfikacja terapeutów”. Przy podejmowaniu decyzji o refundacji szkoleń należy kierować się informacją, czy zostało ono akredytowane przez dyrektora PARPA jako szkolenie spełniające standardy programu szkolenia.

Dofinansowanie doskonalenia zawodowego pracowników lecznictwa odwykowego

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

Finansowanie superwizji klinicznej pracowników placówek leczenia uzależnienia od alkoholu

Ważnym aspektem jest także zapewnienie zespołowi terapeutycznemu dostępu do systematycznej superwizji. Superwizję mogą prowadzić osoby wpisane na listę osób uprawnionych do prowadzenia superwizji klinicznej do celów szkoleniowych (PARPA), jak również superwizorzy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień.

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

Dofinansowanie pracy konsultanta programu terapeutycznego

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

Konsultant powinien posiadać następujące kwalifikacje:

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

Dofinansowanie remontu i adaptacji placówek

Warunkiem niezbędnym do efektywnego prowadzenia terapii jest posiadanie lokalu wyposażonego w odpowiednią liczbę sal do sesji psychoterapii grupowej i gabinetów do prowadzenia sesji psychoterapii indywidualnej. Podstawą w tym zakresie powinno być posiadanie co najmniej dwóch sal do terapii grupowej i dwóch gabinetów do spotkań indywidualnych oraz pokoju do rejestracji, pokoju dostosowanego do badań lekarskich, a także oddzielnych sanitariatów dla personelu i pacjentów. Pomieszczenia powinny spełniać normy określone ogólnymi przepisami dla podmiotów udzielających świadczeń leczniczych. Z uwagi na charakter oddziaływań psychoterapeutycznych 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. Samorząd terytorialny może przekazać środki na zapewnienie właściwych warunków materialnych (i lokalowych) do prowadzenia terapii.

Wszystkie placówki leczenia uzależnienia (ambulatoryjne i całodobowe) powinny być dostosowane do przyjęcia pacjentów niepełnosprawnych fizycznie.

Doposażenie placówek lecznictwa odwykowego

Do realizacji zadań statutowych placówki leczenia uzależnienia potrzebne jest wyposażenie placówki w podstawowe meble oraz sprzęt, jak np.: alkomat, kserokopiarka, telewizor, odtwarzacz DVD, dyktafon, materace, tablice, kamera do nagrywania sesji i inne. Ze względu na konieczność monitorowania efektów terapii, jak również na prawidłowe prowadzenie rozliczeń z NFZ oraz z innymi świadczeniodawcami niezbędne jest posiadanie przez placówkę komputera i dostępu do internetu. Właściwa jednostka samorządu terytorialnego może pomóc w uzupełnieniu wyposażenia placówki, ułatwiając jej realizację programów leczenia.

Zakup materiałów edukacyjnych dla pacjentów i terapeutów w placówce

Zarówno doskonalenie zawodowe terapeutów, jak i praca terapeutyczna z pacjentami uzależnionymi oraz ich rodzinami wymagają korzystania z materiałów edukacyjnych: książek, broszur, ulotek, czasopism. Systematyczne nabywanie materiałów edukacyjnych na rzecz placówek leczenia uzależnienia od alkoholu bardzo ułatwia pracę terapeutyczną, uatrakcyjnia przekaz edukacyjny i tym samym czyni go bardziej skutecznym. Szczególnie cenną pozycją dla terapeutów jest dwumiesięcznik „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, prezentujący nowoczesne metody leczenia osób uzależnionych i członków ich rodzin oraz aktualności dotyczące sytuacji lecznictwa uzależnień. Prenumerata tego czasopisma przez samorząd na rzecz placówek leczenia uzależnienia ułatwi dostęp terapeutów i lekarzy do współczesnej wiedzy i praktyki klinicznej w leczeniu uzależnień.

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

W miastach liczących powyżej 25 tys. mieszkańców oraz tam, gdzie czas dojazdu mieszkańców do poradni publicznym środkiem transportu przekracza 1 godzinę, warto rozważyć pomysł utworzenia ambulatoryjnej placówki terapii uzależnienia. Podjęcie takiej decyzji przez radę gminy (związek gmin) i wpisanie jej jako jednego z zadań realizowanych w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych może oznaczać dofinansowanie remontu lub adaptacji budynku, przystosowanie i wyposażenie pomieszczeń do grupowych oraz indywidualnych zajęć terapeutycznych, dofinansowanie szkoleń pracowników oraz sfinansowanie usług konsultanta, który będzie nadzorował tworzenie programu terapeutycznego i jego realizację. Należy zaznaczyć, że zapisy ustawy o działalności leczniczej dopuszczają pełnienie przez jednostkę samorządu terytorialnego funkcji organu tworzącego placówkę. Zgodnie z art. 6 ww. ustawy może być ona utworzona jedynie w formie jednostki budżetowej bądź spółki kapitałowej. 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 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 (lub będą miały szansę) pracować z tłumaczem lub jeśli znają język polski i porozumiewają się z terapeutą pisemnie.

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

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

Wspieranie działań na rzecz rozwiązywania problemów alkoholowych w domach pomocy społecznej

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

Warto także zauważyć, że Ustawa z dnia 22 lutego 2013 roku o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2013 r. poz. 509) rozszerzyła katalog typów domów pomocy społecznej o domy dla osób uzależnionych od alkoholu. Aktualnie działają już w polskich domach pomocy społecznej dwa oddziały dla osób uzależnionych od alkoholu: w Pleszewie i Krakowie. Pobyt mieszkańców na tych oddziałach jest czasowy, tzn. po zakończeniu programu mieszkańcy wracają do swoich macierzystych domów, ewentualnie do środowiska lub innych domów pomocy. Na oddziałach dla osób uzależnionych od alkoholu, poza „standardową” ofertą domu pomocy społecznej, są realizowane zajęcia rehabilitacyjno-terapeutyczne. Celem programu jest podniesienie poziomu adaptacji i satysfakcji z życia mieszkańców DPS-u, a na jednym z etapów jego realizacji pracuje się nad zmianą wzoru spożywania alkoholu. Ewaluacja efektów programów rehabilitacji realizowanych w obu tych oddziałach pozwala rekomendować wprowadzenie tych programów w innych domach pomocy społecznej. Jednak przedłużający się brak przepisów wykonawczych do wprowadzonych ww. zmian ustawowych stanowi istotną przeszkodę do powielania tych wzorów. Koszty pobytu mieszkańców DPS-ów w oddziałach dla osób uzależnionych od alkoholu są wyższe, brakuje ustalenia wskaźnika zatrudnienia zabezpieczającego potrzeby etatowe w tego typu placówkach oraz wskazania źródła dodatkowego finansowania zajęć rehabilitacyjno-terapeutycznych wykraczających poza standardową ofertę domów pomocy.

Dofinansowanie programów rehabilitacji dla osób uzależnionych po zakończonych programach psychoterapii uzależnienia

Część osób uzależnionych po zakończeniu leczenia odwykowego wymaga oddziaływań rehabilitacyjnych, których celem jest przywrócenie im zdolności do samodzielnego życia społecznego i funkcjonowania w rolach społecznych. Osoby te wymagają czasowego pobytu w warunkach

chronionych (hostele, domy przejściowe, mieszkania chronione), gdzie mają zapewnioną opiekę psychologiczną, terapeutyczną oraz wsparcie pracownika socjalnego. W tym czasie muszą zachować abstynencję, uczestniczyć w życiu społeczności oraz podjąć starania w kierunku usamodzielnienia (wyrobienie dokumentów, znalezienie mieszkania i pracy). Wskazane jest, aby samorząd terytorialny dofinansował różne formy rehabilitacji osób uzależnionych, tym bardziej że są one w bardzo ograniczonym zakresie finansowane przez NFZ i pomoc społeczną. Szczególnie rekomenduje się finansowanie aktywizacji zawodowej osób uzależnionych oraz wzmożonych oddziaływań rehabilitacyjnych wobec osób bezdomnych.

Prowadzenie punktów konsultacyjnych dla osób uzależnionych i ich rodzin

W Polsce działa ponad 2 tys. punktów konsultacyjnych, które udzielają pomocy osobom uzależnionym i członkom rodzin z problemem alkoholowym. Powinny być one tworzone w tych gminach, w których nie ma placówek leczenia uzależnienia od alkoholu lub dostęp do nich jest utrudniony, np. ze względu na dużą odległość lub skomplikowany dojazd. Warto podkreślić, że priorytetem gminnego programu jest wspieranie w pierwszej kolejności rozwoju profesjonalnych programów terapii uzależnienia w placówkach leczniczych, a dopiero później tworzenie punktów konsultacyjnych.

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

Obecnie oferta punktów konsultacyjnych stała się bardziej interdyscyplinarna, a ich zadaniem jest zdiagnozowanie problemów całej rodziny i zaplanowanie pomocy dla wszystkich jej członków (dorosłych i dzieci). **W przypadku podejrzenia występowania uzależnienia właściwą formą pomocy jest skierowanie do placówki odwykowej.** Przykładem interdyscyplinarności porad jest sytuacja, w której do punktu zgłasza się żona w sprawie pijącego męża. Konsultant powinien podjąć próbę zdiagnozowania innych problemów, jakie mogą występować w tej rodzinie, np. przemoc, zaniedbywanie dzieci, problem pijących nastolatków, ubóstwo. W związku z tym osoby dyżurujące w punkcie konsultacyjnym muszą być interdyscyplinarnie przeszkolone w zakresie różnych zjawisk, które występują w rodzinie z problemem alkoholowym oraz możliwych do zaproponowania rozwiązań. Powinny posiadać umiejętności w zakresie udzielania pomocy psychologicznej (nawiązanie kontaktu, przeprowadzenie interwencji kryzysowej, udzielenie wsparcia, motywowanie, poradnictwo) oraz mieć wiedzę na temat:

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

Ukończenie własnej terapii nie zapewnia wystarczających kwalifikacji do pracy w punkcie konsultacyjnym. Nie jest też wskazane zatrudnianie w takim punkcie członków gminnych komisji,

którzy nie mają odpowiedniego przygotowania do udzielania pomocy psychologicznej i porad. Rekomendowanym rozwiązaniem jest zatrudnienie na kilka godzin w tygodniu specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień, który pracuje w placówce leczenia uzależnienia. Ważną umiejętnością osób zatrudnianych w punktach konsultacyjnych jest skuteczne motywowanie klientów do zmiany szkodliwych zachowań. Jeśli to możliwe, należy zadbać o przeszkolenie personelu punktu w tym zakresie oraz nadzór superwizyjny nad pracą pracowników punktu, sprawowany przez specjalistę psychoterapii uzależnień i/lub terapeutę motywującego.

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

Podstawowe zadania punktu konsultacyjnego:

- motywowanie zarówno osób uzależnionych, jak i członków ich rodzin do podjęcia psychoterapii w placówkach leczenia uzależnienia, kierowanie do leczenia specjalistycznego oraz do skorzystania z pomocy grup samopomocowych;
- motywowanie osób pijących ryzykownie i szkodliwie, ale nieuzależnionych, do zmiany szkodliwego wzoru picia;
- udzielanie wsparcia osobom po zakończonym leczeniu odwykowym (np. przez rozmowy podtrzymujące, uruchomienie przy punkcie konsultacyjnym grupy wsparcia dla osób po zakończonym leczeniu w placówce leczenia uzależnienia od alkoholu);
- rozpoznanie zjawiska przemocy domowej, udzielenie stosownego wsparcia i informacji o możliwościach uzyskania pomocy i powstrzymania przemocy;
- inicjowanie interwencji w przypadku diagnozy przemocy domowej;
- gromadzenie aktualnych informacji na temat dostępnych miejsc pomocy i kompetencji poszczególnych służb i instytucji z terenu gminy, które powinny być włączone w systemową pomoc dla rodziny.

Punkty konsultacyjne mogą być prowadzone przez samorząd terytorialny, stowarzyszenia abstynenckie i inne podmioty pozarządowe. Powinny być dostępne dla klientów w godzinach popołudniowych i wieczornych, a warunki lokalowe gwarantować osobom zgłaszającym się do punktu dyskrecję i komfort psychiczny. Jeśli punkt znajduje się w urzędzie gminy czy w ośrodku pomocy społecznej, należy zadbać o oddzielne pokoje, do których nikt nie będzie wchodził i przeszkadzał w czasie rozmowy, i gdzie nie będą dzwoniły telefony służbowe.

ROZDZIAŁ II

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

Programy psychoterapii dla dorosłych członków rodzin z problemem alkoholowym

Wprowadzenie

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

Ważnym zadaniem osób pomagających jest kompleksowa diagnoza sytuacji rodzinnej i 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, bliskości. Prowadzenie terapii rodzinnej wiąże się z ukończeniem psychoterapii systemowej. Specjaliści psychoterapii uzależnień nie są przygotowani do tego zadania. Dodatkowych szkoleń wymaga też praca terapeutyczna z parą oraz wyspecjalizowane treningi umiejętności.

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

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

Programy psychoterapii współuzależnienia

Konsekwencją życia z partnerem nadużywającym alkoholu może być tzw. współuzależnienie. Współuzależnienie nie jest chorobą. Jest to efekt przystosowania się do sytuacji problemowej.

Koncentrując się na szukaniu sposobu ograniczenia picia partnera, osoba bliska nieświadomie przejmuje odpowiedzialność i kontrolę za jego funkcjonowanie, co w efekcie utrudnia jej konstruktywne rozwiązywanie 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 realizowane są najczęściej 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.

Programy pomocy psychologicznej i psychoterapii dla osób dorosłych, wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym

Efektom doświadczeń wyniesionych z życia w rodzinie z problemem alkoholowym mogą być pewne utrwalone schematy zachowań i reakcji emocjonalnych, które utrudniają osiągnięcie zadowolenia i satysfakcji z życia, 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 z nich 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 (krótka- i średnioterminowa). Zatem nie każde działanie kierowane do tej grupy osób jest psychoterapią i nie każde wymaga certyfikatu psychoterapeuty. Z kolei

psychoterapia osób z syndromem DDA powinna być prowadzona przez psychoterapeutów lub osoby w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatów szkół psychoterapeutycznych. Inne wymienione formy pomocy psychologicznej dla DDA mogą realizować specjaliści psychoterapii uzależnień, zwłaszcza ci, którzy ukończyli dodatkowo specjalistyczne szkolenia w pomaganiu DDA.

Pomaganie osobom z syndromem DDA może oznaczać dla gminy podjęcie działań w zakresie zakupu programów pomocy profesjonalnej 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

Udzielanie pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym jest jednym z priorytetowych zadań samorządów lokalnych w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Analiza danych zawartych w ankietach PARPA-G1 w 2015 roku wykazała, że samorzady lokalne wydały 31,5% środków przeznaczonych na realizację gminnych programów właśnie na działania adresowane do dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Szczególną rolę w tym zakresie odgrywa prowadzenie placówek wsparcia dziennego – świetlic socjoterapeutycznych, opiekuńczo-wychowawczych itp. i innych form pomocy dzieciom z grupy ryzyka, z zaburzeniami zachowania.

Każdego roku w tego rodzaju placówkach ponad 200 tys. dzieci korzysta z różnych form wsparcia – od pomocy w nauce, poprzez dożywianie, udział w różnych zajęciach rozwojowych, aż po programy pomocy psychologicznej czy udział w grupowych zajęciach socjoterapeutycznych.

W 2015 roku w 398 polskich gminach funkcjonowało 1.155 miejsc realizujących specjalistyczny program socjoterapeutyczny, w których z pomocy świadczonej w ramach zajęć skorzystało 36,1 dzieci. Pomimo nieznacznego zwiększenia się liczby placówek, spadła liczba dzieci objętych pomocą w roku 2015. Jest to jednak kierunek związany z wdrażaniem standardów jakości pracy socjoterapeutycznej. Zasady funkcjonowania placówek wsparcia dziennego określają, iż na jednego wychowawcę w tym samym czasie powinno przypadać nie więcej niż 15 dzieci. Natomiast wymogi bezpieczeństwa zawarte w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 13 października 2015 roku w sprawie wymagań lokalowych i sanitarnych, jakie musi spełniać lokal, w którym ma być prowadzona placówka wsparcia dziennego określają, iż w przypadku placówek, które nie spełniają wymagań przeciwpożarowych dopuszcza się prowadzenie placówki, o ile lokal jest użytkowany przez nie więcej niż 30 dzieci w tym samym czasie, i o ile spełnia podstawowe wymogi bezpieczeństwa dzieci. Zarówno ze względów merytorycznych, jak i warunków bezpieczeństwa dąży się do pracy z małymi grupami dzieci.

W grupie dzieci objętych pomocą socjoterapeutyczną było 19.422 dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, co stanowi nieco ponad 53% ogólnej liczby. W 2015 roku w placówkach specjalistycznych pracowało 2.962 wychowawców – jest to średnio 2,5 wychowawcy oraz 31 dzieci na jedną placówkę. W tym okresie samorzady gminne na funkcjonowanie swoich placówek spe-

cjalistycznych wydatkowały 48.400.194 zł. Nieco ponad 60% tych placówek było otwartych 4 dni w tygodniu lub więcej, czyli w sposób umożliwiający bardziej stabilny i systematyczny sposób wspierania dzieci.

Warto zwrócić uwagę, że zwłaszcza w przypadku specjalistycznych placówek wsparcia dziennego, ich program powinien być dostosowany do diagnozy problemów i zaburzeń dzieci. Środki finansowe na działalność tych placówek pochodzą w zdecydowanej większości (a nierzadko w całości) z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż alkoholu, które są celowymi środkami na realizację zadań wynikających z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, podczas gdy jedynie 53% dzieci uczestniczących w zajęciach to dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.

W 2015 roku w 1.058 gminach funkcjonowało 4.469 placówek realizujących opiekuńczą formę pomocy. Jest to o ponad 100 placówek więcej w porównaniu z rokiem poprzednim. Z zajęć prowadzonych przez 8.838 wychowawców skorzystało 142.483 dzieci. W tej grupie jedynie co trzecie dziecko pochodzi z rodziny z problemem alkoholowym. Wzrost liczby placówek oraz liczby zatrudnionych wychowawców przy jednoczesnym spadku liczby dzieci objętych pomocą również można interpretować jako trend dostosowywania organizacji placówek do standardów wysokiej jakości pracy. W 2015 roku samorządy gminne na funkcjonowanie miejsc pomocy realizujących program opiekuńczy wydatkowały 105.929.162 zł. Dodatkową formą wyszczególnioną w sprawozdaniach za 2015 rok była podwórkowa forma pracy z dziećmi z grup ryzyka. W 149 gminach działało 491 takich miejsc pomocy. Uczestniczyło w nich 15.037 dzieci, ale tylko 1/3 z nich wychowuje się w rodzinach z problemem alkoholowym (4.555). Na pracę podwórkową wydatkowano 6.286.009 zł. Porównanie z 2014 rokiem wskazuje na niewielki wzrost nakładów na tę formę pracy.

Łącznie w 2015 roku różnego rodzaju formami pomocy objęto 193.666 dzieci, jednak tylko 72.752 dzieci zostało zdiagnozowanych jako dzieci alkoholików. Oznacza to, że grupa ta stanowiła jedynie 37% wszystkich dzieci objętych pomocą. Nadal widoczny jest ogromny deficyt w zakresie udzielania pomocy tej grupie dzieci, zwłaszcza przy założeniu, że intencją ustawodawcy było przeznaczenie środków finansowych pochodzących z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych na działania w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Jeśli zestawimy liczbę dzieci z rodzin z problemem alkoholowym objętych pomocą w różnych świetlicach z liczbą dzieci alkoholików w Polsce, którą szacuje się na ok. 930 tys., to wówczas okazuje się, że tylko 20% dzieci potrzebujących wsparcia i opieki może liczyć na pomoc.

Analiza danych na przestrzeni ostatnich kilku lat wskazuje na brak stabilizacji funkcjonowania placówek, co wiąże się z: niepokojącym zjawiskiem ciągłego zmniejszania się liczby placówek oferujących specjalistyczną pomoc dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym, zatrudnianiem wychowawców nie na etatach, lecz na podstawie umów zleceń (co powoduje, że większość z nich traktuje tę pracę jako dodatkowe zajęcie i nie angażuje się należycie w pomoc dzieciom), nadmierną rotacją kadry, pracą z dużymi grupami dzieci uniemożliwiającą realizację indywidu-

alnych planów pomocy czy wreszcie brakiem oddziaływań wobec rodziców. Te i inne trudności sprawiają, że chociaż z jednej strony istnieje system świetlic, w których dzieci mogą uzyskać pomoc i opiekę, to z drugiej strony nie jest on tak efektywny, a udzielana pomoc tak skuteczna, jak można by oczekiwać.

Koncepcja pracy z dziećmi z rodzin z problemem alkoholowym zakłada, iż pomoc musi opierać się na indywidualnej diagnozie potrzeb i problemów dziecka, musi być zindywidualizowana, kompleksowa i długoterminowa, a jej celem jest nie tylko zaspokojenie doraźnych potrzeb (w tym materialnych), ale rozwiązanie problemów dziecka we współpracy z jego rodziną. Niełatwo zrealizować te zamierzenia w trybie spotkań, np. raz w tygodniu – a tak właśnie funkcjonuje co ósma z powyżej opisanych placówek. Trudno zatem spodziewać się znaczących efektów w pracy z dzieckiem i jego rodziną.

Zadania związane z udzielaniem pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym powinny stać się priorytetem w gminnych programach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

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

Finansowanie zadań realizowanych przez placówkę wsparcia dziennego w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Funkcjonowanie i zasady tworzenia placówek wsparcia dziennego reguluje Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2015 r. poz. 332 ze zm.).

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 uwzględnić włączanie dzieci w działania różnorodnych kół zainte-

resowań, 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 oraz grupowych zajęć z dziećmi wraz z ich osiągnięciami);
- współpracę z rodziną dziecka w celu:
 - diagnozy sytuacji rodzinnej;
 - rozwiązywania problemów rodziny oraz realizacji indywidualnych planów pomocy rodzinie (np. motywowanie osoby uzależnionej lub współuzależnionej do podjęcia terapii);
 - omawiania postępów dziecka w procesie socjoterapii;
 - organizacji zajęć (spotkań) grupowych dla rodziców czy warsztatów w zakresie doskonalenia umiejętności wychowawczych;
- współpracę z instytucjami, które mogą pomóc rodzinie w rozwiązaniu jej problemów, głównie w zakresie interwencji wobec osób uzależnionych i współuzależnionych (np. gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych, szkoła, ośrodek pomocy społecznej, sąd rodzinny, powiatowe centrum pomocy rodzinie, asystent rodziny itp.). Niezwykle istotny jest wymóg współpracy z wychowawcami klas, pedagogami szkolnymi i nauczycielami uczącymi dzieci, zwłaszcza tych przedmiotów, które sprawiają dzieciom trudności. Aby zwiększyć efektywność pomocy, konieczna jest wymiana informacji na temat sytuacji szkolnej dziecka, jego obecności w szkole, relacji z rówieśnikami, postępów w nauce itp.;
- korzystanie z regularnych konsultacji lub superwizji dotyczących pracy placówki.

Rekomendowane jest finansowanie zatrudnienia pracowników merytorycznych w placówkach wsparcia dziennego realizujących zadania określone w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. W przypadku wychowawców pracujących w wymiarze ok. 24 godzin tygodniowo bezpośrednio z grupą dzieci, zasadne jest zatrudnianie ich na umowę o pracę. 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 grupy 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.

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, psychologowie, 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.

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 Polsce rodzi się co najmniej 4 dzieci z pełnoobjawowym FAS na każde 1000 żywych urodzeń oraz 20 dzieci ze spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD). Oprócz uruchamiania programów diagnostyki i terapii tych dzieci, niezbędne jest dostarczanie wiedzy lekarzom, psychologom, pedagogom, terapeutom oraz wszystkim, którzy 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. W związku z realizacją ww. zadania samorządy lokalne w 2015 roku na działania związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie przeznaczyły prawie 33 mln zł, co stanowiło 5,4% wydatków gmin w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Jest to najwyższa kwota przeznaczona na przeciwdziałanie przemocy w rodzinie od pięciu lat.

Polacy coraz częściej dostrzegają problem przemocy w rodzinie. Potwierdzają to przeprowadzone na zlecenie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej badania, których wyniki pokazały, że prawie 37% Polaków zna przypadki przemocy wobec kobiet, a 20% – przemocy wobec mężczyzn. Polacy dostrzegają także zależność pomiędzy stanem nietrzeźwości sprawcy a stosowaniem przez niego przemocy, wskazując nadużywanie alkoholu i uzależnienie jako czynnik ryzyka wystąpienia przemocy w rodzinie. Ankietowane dorosłe osoby doznające przemocy w rodzinie stwierdziły we wspomnianych wyżej badaniach, że najczęstszą okolicznością towarzyszącą przemocy jest alkohol (37,2% – ofiar przemocy fizycznej i 28% ofiar przemocy psychicznej, 19,3% – ekonomicznej, 37,5 % – przemocy seksualnej). Ponadto średnio 30% uczniów doświadczających przemocy ze strony rodziców lub opiekunów prawnych podało, że przynajmniej jeden z rodziców (opiekunów) nadużywa alkoholu (PSDB, 2014 na zlecenie MRPiPS).

Powyższe dane jednoznacznie pokazują skalę problemu przemocy w rodzinie i wskazują na konieczność kontynuowania w środowiskach lokalnych przedsięwzięć służących przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Podstawą do ich podejmowania jest ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.

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

Zwiększenie dostępności pomocy dla osób dotkniętych przemocą w rodzinie – dorosłych i dzieci

Aby pomoc dla osób doznających przemocy w rodzinie była skuteczna, powinna być natychmiastowa i udzielana najbliższym miejscam zamieszkania klienta. Tymczasem raport Najwyższej Izby Kontroli pt. „Pomoc osobom dotkniętym przemocą domową” (kwiecień 2016 roku) wskazuje na trudności i bariery wynikające m.in. z faktu, że specjalistyczne miejsca pomocy są daleko od miejsc zamieszkania osób, które potrzebują takiej pomocy.

Konieczne jest więc kontynuowanie działań służących budowaniu i utrzymaniu infrastruktury pomocowej dla ofiar przemocy w rodzinie. Z danych nadsyłanych do PARPA przez samorządy lokalne wynika, że od kilku lat liczba placówek, w których z różnych form pomocy mogą korzystać osoby doznające przemocy, utrzymuje się na porównywalnym poziomie (ok. 2,5 tys. placówek). Ciągłe jednak najbardziej rozpowszechnionymi miejscami pomocy są punkty konsultacyjne, z których oferty pomocowej w 2015 roku skorzystało ponad 44 tys. osób doświadczających

przemocy w rodzinie (o ponad 11% więcej w porównaniu z rokiem poprzednim). Zwykle oferują one pomoc w ramach tzw. pierwszego kontaktu (konsultacje, podstawowa pomoc psychologiczna i prawna). Priorytetem dla gmin powinno być zapewnienie ofiarom przemocy w rodzinie szybkiego dostępu do kompleksowej i długofalowej pomocy specjalistycznej.

W związku z powyższym rekomenduje się:

- tworzenie, wspieranie i finansowanie specjalistycznych miejsc pomocy 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 doświadczających 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 doświadczającymi przemocy w rodzinie, mających na celu zwiększenie umiejętności i możliwości radzenia sobie z przemocą (programy, warsztaty itp.);
- kontynuowanie wspierania i finansowania istniejących placówek „pierwszego kontaktu” gwarantujących dostęp do informacji oraz podstawowej pomocy psychologicznej i prawnej.

Podniesienie jakości pomocy dla członków rodzin z problemem przemocy

Z nadesłanych do PARPA w 2015 roku ankiet PARPA-G1 wynika, że od kilku lat zmniejsza się aktywność gmin w zakresie organizowania szkoleń dla przedstawicieli służb i instytucji działających w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Jedynie 955 gmin zorganizowało i sfinansowało (lub dofinansowało) szkolenia dotyczące przeciwdziałania przemocy w rodzinie, a 821 gmin przeprowadziło szkolenia na temat procedury „Niebieskie Karty”.

Jakość udzielanej pomocy nierozdzielnie wiąże się z kompetencjami osób, które tej pomocy udzielają. Dlatego ważne jest, aby w placówkach pomocowych byli zatrudnieni profesjonaliści odpowiednio przygotowani do pracy z osobami doświadczającymi przemocy i stosującymi przemoc, znający psychologiczne i prawne aspekty przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz standardy pracy interdyscyplinarnej.

W związku z powyższym rekomenduje się:

- organizowanie i finansowanie dla przedstawicieli służb i instytucji działających na rzecz ochrony rodzin przed przemocą szkoleń obejmujących zagadnienia dotyczące specyfiki zjawiska przemocy w rodzinie, konsekwencji doświadczania przemocy w rodzinie, funkcjonowania osób doświadczających przemocy i stosujących przemoc;
- organizowanie i finansowanie szkoleń i warsztatów przygotowujących do kontaktu z członkami rodzin z problemem alkoholowym, w których dochodzi do przemocy, a także pozwala-

jących na analizę osobistych postaw wobec ofiar i sprawców przemocy, a także przekonań na temat zjawiska przemocy w rodzinie;

- organizowanie i finansowanie szkoleń i konferencji dotyczących obowiązujących procedur (w tym procedury „Niebieskie Karty”) i współpracy służb działających na rzecz zatrzymania przemocy i poprawy sytuacji w rodzinie;
- organizowanie spotkań, narad roboczych i konferencji sprzyjających wymianie doświadczeń w zakresie interdyscyplinarnej pracy na rzecz ochrony rodzin przed przemocą;
- opracowywanie i upowszechnianie materiałów informacyjno-edukacyjnych na temat psychologicznych i prawnych aspektów przeciwdziałania przemocy w rodzinie adresowanych do profesjonalistów.

Pożądanym jest, aby szkolenia odbywały się nie tylko w formie wykładowej, ale także w formach aktywizujących uczestników (warsztaty, ćwiczenia), tak aby osoby biorące w nich udział miały możliwość nabycia praktycznych umiejętności oraz ćwiczenia różnych metod pracy z klientem.

Jednym z ważniejszych zadań dla samorządów lokalnych jest zapewnienie dostępu do stałej superwizji osobom pracującym w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Możliwość omówienia problemów pojawiających się w czasie pracy z członkami rodzin, w których dochodzi do przemocy, daje szansę na poradzenie sobie z trudnymi emocjami towarzyszącymi zaangażowaniu w działania na rzecz tych rodzin.

Rekomenduje się, 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 stronie www.parpa.pl.

Usprawnienie działań adresowanych do osób stosujących przemoc w rodzinie oraz zwiększenie dostępności programów oddziaływań edukacyjno-korekcyjnych

Na przestrzeni ostatnich pięciu lat zwiększyła się liczba osób, z którymi kontaktowali się członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w związku ze stosowaniem przez nie przemocy wobec członków swoich rodzin (w 2015 roku w porównaniu z rokiem 2010 zarejestrowano wzrost o 23%). Może to wskazywać na większą gotowość członków komisji do poruszania, w trakcie rozmowy z osobą nadużywającą alkoholu, tematu przemocy wobec bliskich oraz na większe kompetencje członków komisji w zakresie kontaktu z klientem. Doceniając wzrost zaangażowania, należy zadbać o dobry poziom przygotowania merytorycznego osób prowadzących te rozmowy. Ważne, aby te osoby posiadały kompetencje niezbędne do nawiązywania kontaktu z osobami stosującymi przemoc, do prowadzenia z nimi rozmowy, w tym do motywowania ich do wprowadzania zmian w swoim zachowaniu i uczestnictwa w oddziaływaniach korekcyjno-edukacyjnych.

Pomimo wzrostu działań podejmowanych przez członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych wobec osób stosujących przemoc, mających na celu motywowanie

ich do udziału w programach korekcyjno-edukacyjnych bądź terapii (w 2015 roku takie rozmowy motywujące podjęto w 1.200 gminach wobec 16.067 osób), należy zauważyć, iż nadal w ponad połowie gmin nie podejmuje się tego typu rozmów.

Zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie powiaty są zobowiązane do realizowania na swoim terenie programów korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie. Zważywszy jednak na to, iż w 30% powiatów takie programy nie są prowadzone, a także z uwagi na fakt, iż niektóre powiaty są rozległe terytorialnie, co utrudnia osobom stosującym przemoc uczestnictwo w takich działaniach, należy rozważyć finansowanie takich oddziaływań na terenie gmin. W 2012 roku rozpoczęła się i nadal utrzymuje tendencja wzrostowa w realizowaniu przez gminy programów edukacyjno-korekcyjnych. W 2015 roku w porównaniu z rokiem 2012 liczba realizowanych programów edukacyjno-korekcyjnych wzrosła o prawie 83%. W 2015 roku w gminach były realizowane 472 programy.

Należy pamiętać, iż skuteczne przeciwdziałanie przemocy w rodzinie to nie tylko działania wobec osób doznających przemocy, ale także – najlepiej prowadzone równoległe – działania skierowane do osób stosujących przemoc. W przypadku podejrzenia przemocy w rodzinie przedstawiciele policji, pomocy społecznej, oświaty, ochrony zdrowia, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w ramach procedury „Niebieskie Karty” podejmują działania wobec osób doznających przemocy, jak i stosujących przemoc. Procedura „Niebieskie Karty” uruchamiana jest najczęściej przez policjantów (w 2015 roku w 75.495 sytuacjach podejrzenia przemocy w rodzinie), natomiast członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych wszczęli ją w 4.778 przypadkach.

W związku z powyższym rekomenduje się:

- organizowanie szkoleń dla osób mających kontakt z osobami stosującymi przemoc w rodzinie na temat możliwości oddziaływań na sprawców przemocy, podejmowania interwencji na podstawie procedury „Niebieskie Karty” oraz uruchamiania procedur prawno-karnych;
- organizowanie szkoleń i konferencji służących zwiększeniu kompetencji w zakresie nawiązywania kontaktu oraz motywowania do zmiany zachowania, w tym do uczestnictwa w programach korekcyjno-edukacyjnych;
- wdrażanie i finansowanie programów oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych (jeśli osoby stosujące przemoc nie mają dostępu do tego rodzaju oddziaływań na terenie powiatu);
- nawiązywanie współpracy między przedstawicielami różnych służb, w tym przedstawicielami wymiaru sprawiedliwości (prokuratorzy, sędziowie, kuratorzy) w celu kierowania osób stosujących przemoc w rodzinie do uczestnictwa w oddziaływaniach korekcyjno-edukacyjnych;
- usprawnienie współpracy, w tym przepływu informacji między przedstawicielami różnych służb (np. policji i kuratorskiej służby sądowej), w celu przeprowadzania szybszej i skuteczniejszej interwencji wobec sprawców przemocy;

-
- upowszechnianie informacji o prowadzonych na terenie gminy lub powiatu oddziaływaniach adresowanych do osób krzywdzących swoich bliskich.

Podejmując działania adresowane do osób stosujących przemoc w rodzinie, należy mieć na uwadze rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 22 lutego 2011 roku, które określa m.in. szczegółowe kierunki prowadzenia oddziaływań edukacyjno-korekcyjnych wobec osób stosujących przemoc oraz kwalifikacje osób prowadzących oddziaływanie korekcyjno-edukacyjne.

Zwiększenie wiedzy i świadomości społecznej na temat zjawiska przemocy w rodzinie, sposobów reagowania na przemoc i możliwości uzyskania pomocy

Jednym ze źródeł przemocy w rodzinie, a także braku reakcji ofiar i świadków w sytuacji wystąpienia przemocy w rodzinie często jest niewystarczająca wiedza na temat tego, czym jest przemoc, jak jej przeciwdziałać, co można zrobić, aby ochronić siebie, czy też inne osoby, które jej doświadczają. Dlatego bardzo ważne jest, aby gminy podejmowały działania z zakresu edukacji publicznej. Dotychczasowa aktywność gmin w tym zakresie jest niewystarczająca – w 2015 roku tylko niektóre gminy podejmowały podobne działania, w tym tylko w 48 gminach przeprowadzono badania, diagnozy lub sondaże dotyczące zjawiska przemocy w rodzinie.

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

- prowadzenie lokalnych kampanii informacyjnych i edukacyjnych na temat zjawiska przemocy w rodzinie, w tym przemocy wobec dzieci;
- włączanie się w ogólnopolskie akcje promujące życie rodzinne bez przemocy;
- 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);
- prowadzenie i finansowanie programów profilaktyki przemocy i programów rozwijających umiejętności wychowawcze oraz pozytywne relacje rodzinne;
- stałą współpracę z lokalnymi mediami;
- prowadzenie badań i diagnoz na temat zjawiska przemocy w rodzinie np. postaw wobec problemu, wiedzy, włączanie się w ogólnopolskie projekty badawcze.

Podobnie jak w latach poprzednich rekomenduje się, aby przy realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie małe gminy zawierały porozumienia międzygminne. Dzięki temu podejmowane działania będą mniej kosztowne i pozwolą na bardziej efektywne wykorzystanie zasobów lokalnych.

ROZDZIAŁ III

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, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych

Działania profilaktyczne podejmowane wobec dzieci i młodzieży

Wprowadzenie

Picie alkoholu przez młodych ludzi jest najczęstszym zachowaniem ryzykownym i warto o tym pamiętać przy ustalaniu priorytetów w działaniach profilaktycznych. Spożywanie alkoholu przez osoby niepełnoletnie prowadzi często do podejmowania innych zachowań ryzykownych i – jak podkreślają specjaliści – zaburza proces rozwojowy. Wśród szkód można wymienić np.: upośledzenie czynności poznawczych: koncentracji uwagi, zapamiętywania, uczenia się, rozwoju kontroli emocjonalnej. Jak wynika z ostatnich ogólnopolskich badań ESPAD⁵ (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), obejmujących uczniów trzecich klas szkół gimnazjalnych oraz uczniów drugich klas szkół ponadgimnazjalnych, w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem jakiegokolwiek napoje alkoholowe piło około 72% 15-latków i blisko 93% 17-18-latków. Zapoznanie się ze szczegółowymi wynikami tej diagnozy populacji młodych ludzi (na stronach www.parpa.pl w zakładce „Badania”), może dać Państwu nie tylko możliwość dokonywania porównań z wynikami badań lokalnych, ale pozwala także na określenie pewnych obszarów, które powinny być objęte większą uwagą. Choć analiza na przestrzeni poszczególnych edycji badań wskazuje na pewne pozytywne tendencje, to nadal można tam dostrzec wiele niepokojących

⁵ Raport opracowany przez J. Sierosławskiego z Instytutu Psychiatrii i Neurologii z Warszawy, na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

danych, np. wciąż jest wysoka dostępność alkoholu dla młodych ludzi: za niemożliwe do zdobycia piwo uznało zaledwie 4,5% uczniów młodszych i 1,1% starszych.

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

W związku z realizacją wyżej wymienionego zadania samorządy lokalne w 2015 roku na działania związane z profilaktyką przeznaczyły ok. 30% wszystkich środków pochodzących z opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych.

Wydaje się, że są to niemałe kwoty i umożliwiają one prowadzenie działań profilaktycznych na masową skalę. Nie zawsze jednak powszechność realizowanych działań idzie w parze z ich wysoką jakością. Bardzo często okazuje się, że decyzje są podejmowane bez należytego oparcia w diagnozie i bez wykorzystania wiedzy naukowej na temat skutecznych strategii profilaktycznych.

Obecnie stosowane poziomy profilaktyki są zbudowane z uwzględnieniem kryterium dotyczącego oceny indywidualnego ryzyka powstawania problemów zdrowotnych. Nowe terminy bardziej precyzyjnie określają granicę między profilaktyką i promocją zdrowia, a także między profilaktyką i leczeniem uzależnień oraz innych zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu.

Profilaktyka uniwersalna – ukierunkowana na całe populacje. Są to działania profilaktyczne adresowane do całych grup (populacji) bez względu na stopień indywidualnego ryzyka występowania problemów związanych z używaniem alkoholu, środków odurzających, substancji 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 uniwersalne są realizowane na przykład w populacji dzieci i młodzieży, młodych dorosłych, w populacji rodziców posiadających dzieci w wieku szkolnym itd. Przykładem profilaktyki uniwersalnej są programy opóźniania inicjacji alkoholowej lub nikotynowej adresowane do całej populacji dzieci wchodzących w okres pierwszych eksperymentów z substancjami psychoaktywnymi.

Profilaktyka selektywna – ukierunkowana na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka. Są to działania profilaktyczne adresowane do jednostek lub grup, które ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne są narażone na większe od przeciętnego ryzyko wystąpienia problemów wynikających ze stosowania substancji psychoaktywnych, uzależnień behawioralnych lub innych zaburzeń zdrowia psychicznego. Działania z tego poziomu profilaktyki są podejmowane ze względu na sam fakt przynależności do takiej grupy, czyli np. bycie dzieckiem osoby uzależnionej od alkoholu, a nie ze względu na występowanie za-

burzeń 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). **Opis poszczególnych poziomów profilaktyki znajduje się także w Narodowym Programie Zdrowia.**

Z opisu programu profilaktycznego, który zamierzamy realizować, powinno jasno wynikać, na jakim poziomie jest to oddziaływanie.

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). Samorząd lokalny może realizować to zadanie nie tylko poprzez finansowanie realizacji zajęć (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.narkomania.gov.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 sprawdzone praktyki i programy profilaktyczne, popularyzować wiedzę na temat skutecznych strategii profilaktycznych oraz metod konstruowania programów.

W chwili oddawania rekomendacji do druku w bazie programów rekomendowanych znajdowało się 19 programów:

- **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.
- **Fantastyczne Możliwości** – szkolny program profilaktyki uniwersalnej ukierunkowany na opóźnianie wieku inicjacji alkoholowej u nastolatków wkraczających w okres dojrzewania.
- **Program Domowych Detektywów** – szkolny program profilaktyki uniwersalnej dla uczniów w wieku 10–12 lat oraz ich rodziców i nauczycieli ukierunkowany na zapobieganie inicjacji alkoholowej.
- **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.
- **Archipeląg Skarbów** – program profilaktyki uniwersalnej adresowany do uczniów szkół gimnazjalnych, 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.
- **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.

- **Program wspomagania rozwoju psychospołecznego dzieci nieulubianych 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 nieulubianych poprzez rozwijanie ich zdolności decentracji poznawczej i samokontroli emocjonalnej oraz wzmacnianie ich poczucia własnej wartości. Program jest realizowany w formie zajęć warsztatowych dla dzieci w czasie 32 spotkań.
- **Spójrz Inaczej – program zajęć wychowawczo-profilaktycznych dla klas I–III szkół podstawowych** – program może być realizowany w klasach, świetlicach itp. Realizowany jest w sposób ciągły przez 3 lata: w I SP – 22 zajęcia 45-minutowe, w II klasie – 21 zajęć, w III – 25 zajęć.
- **Spójrz Inaczej – program zajęć wychowawczo-profilaktycznych dla klas VI–VI szkół podstawowych** – zajęcia programu Spójrz inaczej w klasach 4–6 są w założeniu kontynuacją zajęć prowadzonych w klasach 1–3. W IV klasie realizowanych jest 25 zajęć 45-minutowych, w V klasie – 26 zajęć, w VI – 28 zajęć. Realizator przeprowadza dwa spotkania z rodzicami.
- **Laboratorium Wiedzy Pozytywnej. Moduł dla gimnazjalistów** – 12 sesji (każda po 2 godziny dydaktyczne), 2 moduły dla rodziców i dla nauczycieli. Laboratorium Wiedzy Pozytywnej koncentruje się na budowaniu i wzmacnianiu umiejętności życiowych.
- **Program Profilaktyczny Debata** – realizacja programu, który ma charakter „krótkiej interwencji profilaktycznej w grupie”, odbywa się z udziałem 2 prowadzących i trwa w jednej klasie 3 godziny. Standardowo dąży się do objęcia spotkaniami wszystkich klas 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 Programu Nauki Zachowania do szkoły składa się z czterech etapów:
 - szkolenia realizatorów prowadzone dla całych rad pedagogicznych lub dla grup zainteresowanych nauczycieli z różnych szkół. Trwa ono 10 godzin dydaktycznych i ma formę jednodniowego warsztatu;
 - treningu nastawionego na rozwój umiejętności praktycznych przeznaczonego dla wybranych nauczycieli. Czas trwania treningu 25–30 godzin dydaktycznych realizowanych w dwu-trzydniowym bloku warsztatowym;
 - konsultacji dla realizatorów w trakcie realizacji programu w szkole;
 - forum liderów – cykliczne spotkania szkoleniowe liderów programu, którzy koordynują i realizują program w szkołach.
- **Program Trzy Koła** – program daje możliwość wplatania scenariuszy w rutynową pracę nauczyciela: lekcje i kwadranse wychowawcze, lekcje niektórych przedmiotów, wycieczki, imprezy, akcje klasowe i szkolne, spotkania z rodzicami.

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 wyżej). W klasach młodszych realizuje się zajęcia oparte głównie na rozwoju umiejętności

życiowych, ale dzięki ich wdrażaniu być może w starszych klasach pojawi 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. Z tego punktu widzenia rozpoczynanie profilaktyki uniwersalnej od gimnazjum, jest spóźnione.

Wypracowane w ramach Systemu Rekomendacji kryteria oceny i standardów jakości programów 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, ale przede wszystkim jakością oferty. Najważniejszym i decydującym wskaźnikiem jakości programu powinna być jego skuteczność udowodniona w dobrze przeprowadzonych badaniach ewaluacyjnych. Jednak tylko nieliczne dostępne w Polsce programy zostały poddane takim badaniom, warto się przyjrzeć innym, pośrednim wskaźnikom, takim jak: czas trwania zajęć, osoby prowadzące, udział rodziców oraz jakość materiałów edukacyjnych. Dlatego też lepiej jest unikać:

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

zna, będzie dokładnie wiedział, jaki jest przebieg wszystkich aktywności i dlaczego zostały one zaplanowane w taki, a nie inny sposób (jakie są założenia i podstawy teoretyczne programu). Czytelny i szczegółowy opis programu zapewnia powtarzalność realizacji i pozwala oczekiwać, że np. program, który będzie zrealizowany w naszej szkole jest tym samym programem, jaki spotkał się z dobrym odbiorem w innej placówce. Co więcej, autorzy programu powinni zapewnić wszystkim realizatorom i uczestnikom dobrze przygotowane pod względem merytorycznym i atrakcyjne wizualnie materiały. W oczach młodzieży to bardzo podnosi atrakcyjność programu, a nam pokazuje, że autorzy poświęcili programowi przynajmniej tyle czasu i uwagi, by dobrze przygotować materiały edukacyjne.

Warto podkreślić, iż wszystkie działania o charakterze jednorazowym, akcyjnym (np. konkursy, pogadanki, spektakle) 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 PARPA-G1, wciąż w samorządach dominują działania o niepotwierdzonej skuteczności lub wręcz nieskuteczne, takie jak: imprezy plenerowe, teatry profilaktyczne, pogadanki i filmy, zajęcia alternatywne, w tym sportowe, autorskie programy. 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.

Rekomendowane programy profilaktyczne były realizowane w 660 gminach, a samorządy lokalne wydały na ten cel 6.133.795 zł. Znacznie więcej gmin, tj. 1574, realizowało inne, autorskie edukacyjne programy profilaktyczne, które kosztowały gminy 37.099.860 zł i prawie tyle samo środków pochłonęły działania typu: spektakle „profilaktyczne”, koncerty i organizacja zawodów sportowych. **Dlatego też zaleca się ograniczanie finansowania ze środków na profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych tego typu przedsięwzięć.**

Zgodnie ze stanowiskiem WHO Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych nie rekomenduje podejmowania współpracy w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych z przedstawicielami przemysłu alkoholowego⁶. 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 są podkreślane pewne treści przy jednoczesnym ignorowaniu innych ważnych informacji, np. skupienie się na uczeniu kontroli picia i podkreślanu 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.

⁶ *Hanbook for action to reduce alcohol-related harm*, WHO, 2000, s. 63.

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 spotkań, narad roboczych i konferencji sprzyjających wymianie doświadczeń w zakresie pracy profilaktycznej z młodzieżą.

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

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

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

Pozytywna i silna więź z rodzicami, normy dotyczące substancji psychoaktywnych wyniesione z domu oraz umiejętność budowania wokół dziecka nie tylko systemu kontroli, ale i wsparcia są 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), stanowi istotny czynnik ryzyka.

Rodzice są pierwszym i najważniejszym w życiu dziecka czynnikiem wychowawczym. 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 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, jaki i dzieci. Rodzice mogą też wiele się nauczyć, uczestnicząc w warsztatach umiejętności wychowawczych (szczególnie rodzice nastolatków), na których poruszane są takie zagadnienia, jak: rozmowa ze swoimi dziećmi o zagrożeniach, radzeniu sobie z presją rówieśników czy stawianiu granic.

Podobnie, jak w przypadku programów dla dzieci i młodzieży, warto podkreślić, iż realizując zajęcia krótkotrwałe (np. pogadanki), nie osiągniemy tak trwałych efektów, jak poprzez zajęcia reali-

zowane w dłuższych formach. Warto zwrócić uwagę na to, iż wśród programów rekomendowanych w ramach Systemu Rekomendacji znajdują się również programy skierowane do rodziców.

Wdrażanie programów profilaktyczno-interwencyjnych dla młodzieży upijającej się

W tym przypadku należy oddzielić dwa obszary działań: pracę terapeutyczną po zdiagnozowaniu uzależnienia i działania korekcyjno-wychowawcze, skierowane do osób eksperymentujących z różnymi środkami psychoaktywnymi. Jeżeli chodzi o programy terapeutyczne dla młodzieży uzależnionej od alkoholu, mogą być one realizowane w placówkach leczenia uzależnień. W przypadku młodych ludzi dużo częściej wykorzystuje się łączenie elementów terapii, działań edukacyjnych i pracy nad umiejętnościami społecznymi. W przypadku grup ryzyka, czyli np. młodzieży sięgającej po substancje psychoaktywne, dobre efekty przynosi strategia kształtowania umiejętności życiowych, która może być uzupełniona działaniami z obszaru tzw. alternatyw – modelowania i angażowania młodych ludzi w konstruktywne aktywności. Działania z obszaru profilaktyki wskazującej wymagają więcej wysiłku, ale są bardzo istotnym zadaniem, które powinno być podejmowane. Jak wskazują badania ESPAD z 2015 roku do upicia się przyznało się 12% 15–16-latków i 19,7% 17–18-latków – do tej grupy na pewno nie dotrzemy działaniami z obszaru profilaktyki uniwersalnej.

Uzupełnieniem działań prowadzonych lokalnie są programy ogólnopolskie, np. „Pomarańczowa Linia” – telefon pomagający rodzicom dzieci, które piją/upijają się.

Ogólnopolski telefon „Pomarańczowa Linia” 0 801 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 Europy⁷, dotyczącymi działań profilaktycznych skierowanych do młodzieży.

⁷Rekomendacje Rady Europy z dnia 5 czerwca 2001 roku dotyczące picia alkoholu przez młodocianych, a zwłaszcza przez dzieci i młodzież (2001/458/EC).

Realizacja środowiskowych programów profilaktycznych skierowanych do dzieci i młodzieży

Należy zadbać o to, aby program był szczegółowo opisany i zaplanowany oraz aby jego skuteczność była poddawana ocenie. Programy środowiskowe nie mogą być utożsamiane z piknikami czy festynami, gdzie profilaktyka istnieje jedynie jako pewien mały, często uboczny element oferty rozrywkowej, rekreacyjnej, sportowej czy muzycznej. Jeżeli samorząd decyduje się na włączenie działań profilaktycznych w tego typu wydarzenie, rekomenduje się finansowanie jedynie kosztów ściśle związanych z profilaktyką (np. druk materiałów, organizowanie punktu konsultacyjno-informacyjnego).

Niezwykle cenne będą projekty działań długofalowych i systematycznych, skierowanych do dzieci ze środowisk szczególnie zagrożonych zachowaniami problemowymi, np. programy animatorów podwórkowych, pedagogów ulicy czy kluby młodzieżowe.

Podejmowanie działań edukacyjnych skierowanych do sprzedawców napojów alkoholowych oraz działań kontrolnych i interwencyjnych, 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, większość badanych młodych ludzi twierdzi, że nie ma trudności z dostępem do napojów alkoholowych, nawet tych wysokoprocentowych, mimo że sprzedawanie i podawanie alkoholu osobom niepełnoletnim jest przestępstwem. Dlatego nie można pomijać w gminnym programie wszelkich działań wpływających na dostępność alkoholu dla osób niepełnoletnich. Chodzi tu zarówno o ograniczanie ilości punktów sprzedaży, kontrole tych punktów, współpracę z policją w ramach dochodzenia i ukarania punktu sprzedaży w sytuacjach, gdy nietrzeźwi nieletni są zatrzymywani, ale również działania edukacyjne. Bardzo dobrym pomysłem mogą być wszelkiego rodzaju kampanie pozytywne (np. materiały: 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 sprzedaży.

Innym obszarem działań są szkolenia właścicieli punktów sprzedaży napojów alkoholowych. W ich programie należy uwzględniać nie tylko aspekty prawne, lecz również obszar osobistych motywacji (np. postawy rodzicielskie, mity na temat alkoholu) oraz umiejętności praktyczne (ćwiczenie scen asertywnego odmawiania). W tych szkoleniach, oprócz właścicieli punktów sprzedaży napojów alkoholowych, mogą brać udział także osoby bezpośrednio sprzedające alkohol (wskazane szczególnie w przypadku ćwiczenia konkretnych umiejętności radzenia sobie w różnych sytuacjach).

Szkolenia nie mogą być uzależniane od wyników procedury wydawania zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych. Warto podkreślić, iż mimo że nie można traktować tych spotkań jako obo-

wiązkowych, 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 (lista instruktorów dostępna na stronie www.parpa.pl).

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

Diagnoza środowiska uwzględniająca m.in. analizę problemu oraz zapotrzebowanie na działania z zakresu profilaktyki pierwszorzędowej bądź działania korekcyjne, interwencyjne dla grup ryzyka nie zawsze musi oznaczać przeprowadzania szczegółowych badań socjologicznych na reprezentatywnej próbie młodzieży. Jednak powinna 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.).

Warto także podkreślić, że podstawową rolą ewaluacji jest rozwój i poprawa jakości prowadzonych działań oraz wzrost kompetencji i umiejętności realizatorów. Ewaluacja nie powinna być traktowana jedynie jako instrument kontroli instytucji nadzorujących. 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).

Ważnym zadaniem z obszaru profilaktyki jest podnoszenie jakości prowadzonych działań. Może temu służyć ocena skuteczności programów profilaktycznych realizowanych na poziomie lokalnym oraz zgłaszanie tych programów do bazy programów rekomendowanych w ramach Systemu Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego. Dlatego też **władze samorządowe powinny zachęcać autorów programów profilaktycznych do przeprowadzania badań ewaluacyjnych oraz ułatwiać ich realizację w wymiarze finansowym i organizacyjnym**. Oczywiście, 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 sześciokrotnie więcej funduszy niż na realizację rekomendowanych programów profilaktycznych. Te dysproporcje są szczególnie niepokojące, zważywszy na fakt, że nie udowodniono poprzez badania naukowe pozytywnego związku pomiędzy uczestnic-

twem młodzieży w takich działaniach a zmianą ich postawy wobec substancji psychoaktywnych. Niektóre badania, jak np. realizowane przez Pracownię Profilaktyki Młodzieżowej Pro-M Instytutu Psychiatrii i Neurologii na warszawskich gimnazjalistach, 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.

W 2015 roku w pozalekcyjnych zajęciach sportowych, realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, brało udział 911.616 dzieci i młodzieży, a na zadanie to gminy wydały kwotę 50 mln zł. Widać więc, że jest to wciąż jedna z częściej podejmowanych form oddziaływania skierowanych do młodych ludzi. Należy jednak 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.

Warto zadbać o to, aby były finansowane jedynie te projekty, które ściśle są związane z szerszym programem profilaktycznym i spełniają określone kryteria pozwalające na stwierdzenie, iż mogą konstruktywnie wpływać na postawy młodych ludzi wobec używek.

Zajęcia sportowe powinny się odwoływać do strategii profilaktycznych (np. osobistych decyzji abstynenckich, przekonań normatywnych). Powinny także wzmacniać czynniki chroniące, zwłaszcza poprzez ukazywanie autorytetów promujących wzorzec trzeźwości (trenera, znanych sportowców, nauczycieli wychowania fizycznego itp.) i rozwijanie zainteresowań, z wyraźnym określeniem norm zachowania w różnych sytuacjach (postawa wobec używek, rozwiązywanie konfliktów, eliminowanie przemocy). Wskazane jest, aby osoby prowadzące takie zajęcia miały odpowiednie przygotowanie merytoryczne. Dlatego warto organizować dla nich specjalne szkolenia z zakresu znajomości strategii profilaktycznych, zasad pracy z młodzieżą z grup ryzyka i sytuacji psychologicznej dziecka w rodzinie alkoholowej. Należy zwrócić uwagę również na to, by były to osoby stanowiące dobry przykład dla młodych ludzi, aby przekaz profilaktyczny był zgodny z ich rzeczywistymi zachowaniami.

Edukacja publiczna w zakresie problematyki alkoholowej

Wprowadzenie

Działania dotyczące edukacji publicznej stanowią jedno z zadań gminy związane z realizacją lokalnego 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 danego samorządu lokalnego.

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

Tworzenie sieci punktów informacyjnych z danymi o dostępnej ofercie pomocy na terenie gminy i/lub powiatu w zakresie problemów alkoholowych. Można do tego 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 o działaniach podejmowanych na terenie gminy w zakresie 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 tego systemu powinna być interaktywna komunikacja ze społecznością lokalną i reagowanie na jej potrzeby i oczekiwania.

Prowadzenie lokalnych kampanii edukacyjnych związanych z profilaktyką problemów alkoholowych. Rekomendowane jest prowadzenie systematycznych – cyklicznych lub ciągłych – działań edukacyjnych. **Jednorazowe akcje, takie jak festyny, obchody lokalnych dni trzeźwości czy światowego dnia FAS (*Fetal Alcohol Syndrome*, 9 września każdego roku), happeningi, pikniki, konferencje prasowe, debaty w lokalnych mediach itp. należy organizować tylko jako element promujący inne, systematyczne działania edukacyjne.** Rekomendowane jest włączanie się w ogólnopolskie kampanie edukacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. W ramach realizowanych kampanii niezwykle ważne jest uruchamianie działań wykraczających poza przekaz medialny czy informacje dotyczące tematu kampanii. 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 (broszury, plakaty, ulotki z profilaktycznymi treściami edukacyjnymi dotyczącymi problematyki alkoholowej) dla określonych grup adresatów – młodzieży, sprzedawców, pracowników służby zdrowia,

pracowników pomocy społecznej, nauczycieli, rodziców, policjantów, samorządowców, pacjentów placówek leczenia odwykowego i innych, 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 dla podejmowanych działań patronatów instytucji, organizacji i firm cieszących się uznaniem oraz patronatów medialnych lokalnych i regionalnych mediów. Nadaje to wyższą rangę przekazywanym komunikatom i potwierdza ich wiarygodność.

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

Budowanie lokalnych koalicji na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, także w ramach porozumień z innymi samorządami lokalnymi czy współpracy z samorządem województwa i nagłaśnianie tych działań przy okazji różnych wydarzeń w gminie.

Wspieranie edukacji osób pracujących zawodowo w systemie rozwiązywania problemów alkoholowych poprzez prenumeratę lub zakup specjalistycznych opracowań, czasopism, publikacji, materiałów multimedialnych.

Aktywna współpraca z lokalnymi i regionalnymi mediami, monitorowanie zawartości pojawiających się artykułów pod kątem problematyki alkoholowej, publikowanie artykułów na ten temat, w razie potrzeby przygotowywanie sprostowań, prezentowanie w lokalnych i regionalnych mediach gminnych działań profilaktycznych i ich efektów, prezentowanie wyników lokalnych badań, 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 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 odwykowe, 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.

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.powstrzymaj.pl; www.wyhamujwpore.pl;
www.niebotak.pl; www.ciazabezalkoholu.pl; www.lekarzureauagnaprzemoc.pl;
www.niebieskaLinia.info; www.pomaraneczowalnia.pl

Zapraszamy do lektury i prenumeraty czasopism adresowanych do osób, które w swojej pracy zawodowej lub działalności społecznej spotykają się z problemami alkoholowymi, w tym 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 uwzględnione w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, ponieważ policja nie może być jedyną instytucją odpowiedzialną za realizację tego zadania. Działania powinny być prowadzone systemowo przy wykorzystaniu wszystkich dostępnych zasobów, którymi dysponuje gmina. Poprzez systemowe działanie rozumie się współpracę organizacyjną wielu sektorów, 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 na rzecz przeciwdziałania nietrzeźwości kierowców można podzielić na 3 grupy:

Działania edukacyjne

Planując działania edukacyjne, należy pamiętać, aby były one adekwatne do wieku osób w nich uczestniczących. Realizując zadania z myślą o dzieciach, należy unikać sytuacji stwarzających potencjalne zagrożenie, takich jak np. udział osób niepełnoletnich w kontrolach drogowych czy pomiarze trzeźwości kierujących pojazdami. Przygotowując programy z zakresu zwiększenia bezpieczeństwa ruchu drogowego należy mieć na uwadze ich skuteczność i uwzględniać możliwości osiągnięcia maksymalnych efektów przy optymalnych kosztach, rozumianych znacznie szerzej niż tylko nakłady finansowe. Bezpieczeństwo zarówno fizyczne, jak i emocjonalne uczestników jest jednym z podstawowych warunków, jakie musi spełniać taki program.

- **Kampanie społeczne**

Wraz ze zmianami prawa zaostrzającymi kary dla nietrzeźwych kierowców, należy także podejmować działania nakierowane na zmianę przekonań i postaw uczestników ruchu drogowego, umacniając brak tolerancji dla spożywania alkoholu wśród kierowców.

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 także do świadków takich zdarzeń. Przekonanie osób towarzyszących o potrzebie zareagowania oraz ich świadoma postawa i adekwatne zachowanie (asertywny sprzeciw wobec prowadzenia pojazdu po alkoholu) mogą znacznie przyczynić się do pozytywnej zmiany postawy kierowców. Zasadnym zatem wydaje się kierowanie działań do różnych grup społecznych, które w sposób pośredni mogą wpływać na poprawę bezpieczeństwa w ruchu drogowym (rodzina, znajomi, sprzedawcy napojów alkoholowych, barmani, właściciele sklepów).

Przykładem działań edukacyjno-informacyjnych jest zrealizowana przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w 2014 roku kampania „**Powstrzymaj pijanego kierowcę**”, której główną grupę odbiorców stanowili świadkowie zdarzeń. Kampania pokazała, że każdy poprzez stosowne działania i interwencje może przyczynić się do zwiększenia bezpieczeństwa na drodze.

Na potrzeby kampanii została uruchomiona strona internetowa www.powstrzymaj.pl. Znajdują się tam materiały edukacyjne m.in. „Przewodnik dla samorządów do realizacji działań z zakresu przeciwdziałania nietrzeźwości na drogach” oraz filmy promujące podejmowanie interwencji wobec nietrzeźwych kierowców, a także porady, jak adekwatnie reagować oraz przykłady dobrych praktyk realizowanych w różnych gminach. Wszystkie te materiały są dostępne i mogą być wykorzystywane przez samorządy gminne na potrzeby działań edukacyjnych.

- **Edukacja w szkołach średnich**

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

Działania szkoleniowe

- **Współpraca z Wojewódzkimi Ośrodkami Szkolenia Kierowców**

W Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury i Budownictwa z dnia 4 marca 2016 r. w sprawie szkolenia osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, instruktorów

i wykładowców (Dz.U. z 2016., poz. 280) istnieje obowiązek szkolenia osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania motorowerem, pojazdami silnikowymi lub tramwajem, a także instruktorów nauki jazdy z zakresu wpływu alkoholu na funkcje percepcyjne kierujących pojazdami. W związku z powyższym zaleca się ścisłą współpracę z **Wojewódzkimi Ośrodkami Ruchu Drogowego** w zakresie wzbogacenia programów szkoleniowych (edukacyjnych) dla kandydatów na kierowców o tematykę dotyczącą wpływu alkoholu na organizm i zdolności poznawcze kierowcy. Celem programu powinno być zwiększenie świadomości o powyższy zakres, a także kształtowanie postawy nieprzyzwalającej na jazdę po alkoholu. Program powinien być opracowany i zrealizowany przez wykwalifikowaną kadrę znającą specyfikę grupy celowej oraz posiadającą odpowiednie przeszkolenie z zakresu psychologii społecznej i rozwiązywania problemów alkoholowych. Jeśli nie udało się dotychczas nawiązać współpracy pomiędzy Wojewódzkim Ośrodkiem Ruchu Drogowego a gminą, wówczas jeśli uznają Państwo za konieczne, można zwrócić się z prośbą do Marszałka Województwa z prośbą o pomoc w nawiązaniu współpracy pomiędzy tymi dwiema instytucjami. Marszałek, jako instytucja nadrzędna, może podjąć decyzję o konieczności nawiązania tej współpracy w zakresie wprowadzenia obowiązkowego bloku z zakresu wpływu alkoholu na organizm kierowcy do podstawowego szkolenia dla nowych kierowców.

- **Kursy w szkołach nauki jazdy**

Działania te są skierowane do kandydatów na kierowców i pełnią ważną funkcję w działaniach profilaktycznych dotyczących nietrzeźwych uczestników ruchu drogowego. Ważne, by działania edukacyjne oprzeć na sprawdzonym programie (np. program profilaktyczno-edukacyjny dotyczący problematyki nietrzeźwości na drogach zawarty w „Przewodniku dla samorządów do realizacji działań z zakresu przeciwdziałania nietrzeźwości na drogach” dostępny na stronie www.powstrzymaj.pl). Do przeprowadzenia zajęć należy wybierać osoby posiadające wiedzę, umiejętności i odpowiednie doświadczenie w pracy z grupą.

- **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 powinna obejmować zasadniczo dwa obszary: pierwszy to wpływ alkoholu na organizm, drugi to konsekwencje prawno-społeczne prowadzenia pojazdu po alkoholu (zagadnienia prawa karnego oraz odpowiedzialności cywilno-prawnej). Możliwe jest także poszerzenie tematyki szkolenia o zagadnienia dotyczące nietrzeźwości w miejscu pracy.

Działania interwencyjno-sprawdzające

- **Współpraca na rzecz zwiększenia bezpieczeństwa ruchu drogowego**

Samorząd poprzez **nawiązanie stałej współpracy z instytucjami, które w zakresie swoich działań w różnym stopniu są powiązane z ruchem drogowym** może inicjować aktywności zmierzające do zwiększenia współpracy na rzecz poprawy bezpieczeństwa ruchu drogowego.

Przykładem może być rozpowszechnianie przez policję podczas kontroli drogowych materiałów informacyjnych wśród kierowców. Należy zaznaczyć, że współpraca ta nie może przybrać formy przekazania, np. alkomatu czy urządzenia alcoblow policji lub straży miejskiej jako doposażenie jednostki, czyli na realizację jej zadań statutowych. Nie ma znaczenia, czy przekazanie nastąpiłoby w wyniku przeniesienia własności, czy jedynie posiadania urządzenia (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 kontrolując swój stan trzeźwości dobrowolnie, co w szerszej perspektywie prowadzi do zwiększenia ich samokontroli. Takie rozwiązanie wchodzi w zakres działań profilaktycznych.

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 realizator gminnego programu, aby ułatwić kierowcom skazanym za jazdę pod wpływem alkoholu dotarcie do podmiotów prowadzących programy reedukacyjne, powinien przekazać ich wykaz sądom, policji, ośrodkom leczenia uzależnień itp. Umożliwi to osobom zainteresowanym łatwiejszy dostęp do oferty reedukacyjnej bądź leczniczej.

- **Organizowanie programów psychokorekcyjnych dla kierowców zatrzymanych za jazdę w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu.** Adresatami programów **psychokorekcyjnych 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. czynny. Przy realizacji programów psychokorekcyjnych należy szczególnie zadbać o kwalifikacje osób, które je realizują oraz właściwe merytorycznie treści programu, które będą dostosowane do potrzeb odbiorców. Program kierowany do osób, które prowadziły pojazd w stanie nietrzeźwości jest dłuższy i bardziej wielowymiarowy. Wytyczne do programu zawarte są w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2012 roku (Dz.U. z 2013 r. poz. 9) 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.

Za realizację programu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii odpowiada Wojewódzki Ośrodek Ruchu Drogowego. Obowiązek ów został zapisany w art. 100 Ustawy z dnia 5 stycznia 2011 roku o kierujących pojazdami (Dz.U. 2016, poz. 627 ze zm.). Do udziału w kursie kierowane są osoby na mocy decyzji administracyjnej wydanej przez starostę (art. 99 wskazanej ustawy). Mając powyższe na uwadze, reko-

menduje 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.

Należy zwrócić uwagę również na to, 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 jeżdżących pod wpływem alkoholu. Niemniej jednak **program dla kandydatów na kierowców ma głównie charakter edukacyjno-profilaktyczny**, a udział w nim jest dobrowolny; natomiast **programy reedukacyjne koncentrują się na korekcie dotychczasowych zachowań**, a ich realizacja wymaga spełnienia określonych prawem wytycznych.

Przeciwdziałanie nietrzeźwości w miejscach publicznych

Wprowadzenie

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

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

Działania w środowisku pracy

Jedną z ważnych możliwości, a niezwykle rzadko stosowanych przez gminy w praktyce, jest realizowanie działań profilaktycznych w środowisku pracy. Działania profilaktyczne skierowane do osób dorosłych powinny być realizowane we współpracy z pracodawcami działającymi na terenie gminy. Mogą się w nie włączyć także przedstawiciele stowarzyszeń abstynenckich czy innych społeczności trzeźwościowych.

Programy obejmujące środowisko pracy, a także realizowane w miejscu pracy, powinny w równym stopniu obejmować załogę oraz kadrę kierowniczą. 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 wielorakie 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.

Więcej informacji dotyczących działań w środowisku pracy można znaleźć na stronie www.parpa.pl w zakładce „Projekty unijne, projekt EWA” (European Workplace and Alcohol).

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

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

Część zgłoszeń pacjentów do podstawowej opieki zdrowotnej ma swoje źródło w problemach spowodowanych nadużywaniem alkoholu. Oznacza to, że osoby te nie potrzebowałyby porad lekarskich, gdyby w zalecany sposób ograniczyły spożywanie alkoholu. W związku z tym

Światowa Organizacja Zdrowia opracowała dla lekarzy pierwszego kontaktu metodę szybkiego i prostego dokonywania testów przesiewowych oraz przeprowadzania interwencji w przypadku rozpoznania nadużywania przez pacjenta alkoholu (zarówno w sytuacji pojawienia się szkód zdrowotnych, jak i ryzyka ich wystąpienia) bądź podejrzenia uzależnienia. Wspieranie lekarzy pierwszego kontaktu w stosowaniu metod wczesnego rozpoznawania i krótkiej interwencji powinno być jednym z priorytetowych zadań zapisanych w programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

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

Finansowanie szkoleń dla personelu medycznego w obszarze WRKI

W ramach tego zadania powinno się zapewnić szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej. W 2009 roku PARPA, we współpracy z Kolegium Lekarzy Rodzinnych oraz Uniwersytetem Medycznym w Łodzi, opracowała program szkolenia dla personelu medycznego POZ oraz wyszkoliła 35 lekarzy do prowadzenia szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek w obszarze WRKI. Przygotowano również materiały edukacyjne dla pracowników POZ i pacjentów. Za udział w szkoleniu prowadzonym przez lekarzy-edukatorów, według programu zaakceptowanego przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi, PARPA i Kolegium Lekarzy Rodzinnych, lekarze otrzymują 9 punktów edukacyjnych. Program szkolenia, lista lekarzy-edukatorów oraz procedura pozyskiwania punktów edukacyjnych są umieszczone na stronie internetowej www.wyhamujwpore.pl.

Zakup materiałów edukacyjnych dla personelu medycznego i pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej

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

Finansowanie wdrażania programów WRKI do praktyki klinicznej

Badanie przesiewowe nie powinno kończyć kontaktu lekarza POZ z pacjentem. Istotą tej metody jest podjęcie interwencji, która w przypadku osoby z podejrzeniem uzależnienia powinna skutkować skierowaniem jej do placówki odwykowej, a w przypadku osoby pijącej szkodliwie lub ryzykownie – podjęciem ustrukturyzowanej rozmowy, mającej na celu zmotywowanie pacjenta do ograniczenia picia do poziomu obniżającego ryzyko szkód i nauczenie go sposobów skutecznego ograniczania picia.

Procedura WRKI nie wchodzi w zakres świadczeń zdrowotnych refundowanych przez NFZ. Należy rozważyć stworzenie takiego mechanizmu finansowego, który motywowałby lekarzy do pro-

wadzenia tego typu działań. Najczęściej stosowanym rozwiązaniem jest w tym przypadku zawieranie porozumienia finansowego z podmiotem prowadzącym działalność leczniczą. W ten sposób wpłacano by określoną kwotę za każdego pacjenta, wobec którego przeprowadzono procedurę wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji. Wynik testu przesiewowego oraz podjęcie przez pracownika medycznego interwencji muszą być udokumentowane w historii choroby pacjenta.

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 o samorządzie gminnym. Możliwe jest natomiast wsparcie finansowe realizacji dodatkowych programów skierowanych do osób zatrzymanych w izbie, które wykraczają poza jej statutowe zadania. Dofinansowując takie zadania warto każdorazowo rozważyć ich celowość. Osoby nietrzeźwe, a także osoby pozostające w zespole abstynencyjnym, występującym u osób uzależnionych do kilku dni po przerwaniu picia, mają bardzo ograniczone zdolności 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.

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. Bieżące wydatki związane z działalnością organizacji pozarządowej (np. czynsz, zatrudnienie, zakup wyposażenia) mogą być finansowane przez samorząd gminny, jeżeli zostaną uwzględnione przy realizacji poszczególnych zadań objętych umową. Nie ma możliwości przekazania tzw. dotacji podmiotowej, która obejmowałaby tylko i wyłącznie finansowanie bieżących wydatków organizacji pozarządowej. Przy procedurze zlecania zadań organizacjom pozarządowym zastosowanie ma Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz.U. z 2016 r., poz. 239 ze zm.).

Przy realizacji zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych wśród wielu organizacji pozarządowych ważnym partnerem dla gmin, a niestety nadal bardzo często niedocenianym, są stowarzyszenia abstynenckie. Stanowią one ważne 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 nieformalny, jak i formalny.

Ruch AA (Anonimowi Alkoholicy) i jego podobne formacje: AI-Anon (wspólnota rodzin i bliskich osób z problemem alkoholowym), AI-Ateen (wspólnota dla dzieci z rodzin z problemem alkoholo-

lowym) oraz DDA (wspólnota dorosłych osób pochodzących z rodzin alkoholowych). Ruch AA jest całkowicie pozaformalną, dobrowolną i nieprofesjonalną wspólnotą trzeźwością. Zgodnie z ideami jego 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.

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

Klub abstynenta – nazwy tej, często niesłusznie, używa się zamiennie z nazwą stowarzyszenie abstynenckie. W dużej mierze stowarzyszenia trzeźwościowe prowadzą kluby abstynenckie. Często stowarzyszenia powstają na bazie klubu. W istocie jednak klub abstynenta jest wspólnotą nieformalną, miejscem, gdzie są prowadzone różnorodne działania wspierające trzeźwość jego członków, ich rodzin, a także propagujące tę ideę dla i w społeczności lokalnej. Są miejscem spotkań i wspólnego spędzania czasu zarówno członków klubu, jak i osób z zewnątrz. Kluby często posiadają określone formy i reguły członkostwa, regulaminy czy strukturę organizacyjną, jednak to nie czyni ich formalną organizacją.

Stowarzyszenie abstynenckie/trzeźwościowe – jest podstawową formą organizacyjno-prawną przewidzianą w celu realizacji konstytucyjnego prawa swobody zrzeszania się. Jego działalność opiera się na ustawie z dnia 7 kwietnia 1989 roku Prawo o stowarzyszeniach (Dz.U. z 2015 r., poz. 1393), 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.

Podjęte przez stowarzyszenia abstynenckie działania obejmują następujące obszary:

- trzeźwościowy (w tym rehabilitacyjny);
- pomocowy (w tym interwencyjny);

- na rzecz promowania abstynencji i zdrowego stylu życia;
- kulturalno-towarzyski, promujący zdrowy i trzeźwy styl życia;
- ukierunkowany na dzieci i młodzież (trzeba jednak pamiętać, że realizacja programów profilaktycznych czy interwencyjnych adresowanych do dzieci i młodzieży wymaga specjalistycznego przygotowania; ukończenie własnej terapii nie jest w tym względzie wystarczające);
- 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.

Stowarzyszenia prowadzą również niezwykle ważne działania z zakresu promowania zdrowego i trzeźwego stylu życia dla osób dorosłych, dzieci i młodzieży. Najczęściej spotykane formy to sport, turystyka, wspólne wyjazdy, organizowanie „dni trzeźwości”, festynów czy wspólnych spotkań tematycznych. Różnorodne aktywności mają na celu nie tylko propagowanie trzeźwości, ale także pełnią ważną funkcję promocji i integracji działań samych stowarzyszeń.

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

Kolejnym **ważnym nurtem w pracy stowarzyszeń powinna być ich wspierająca rola w lokalnym systemie rozwiązywania problemów alkoholowych**. Po pierwsze, przez włączenie się stowarzyszeń abstynenckich w prace związane z opracowywaniem gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Konsultacja programu ze środowiskiem abstynenckim może wiele wnieść w zakresie jego dostosowania do lokalnych potrzeb i właściwego zdefiniowania priorytetów wśród planowanych działań. Po drugie, przez nawiązanie i utrzymywanie stałej współpracy m.in. z samorządami, lecznictwem odwykowym, 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, z inicjatywy Krajowej Rady Związków i Stowarzyszeń Abstynenckich, we współpracy partnerskiej z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Warszawie oraz Centrum Promocji i Rozwoju Inicjatyw Obywatelskich „OPUS” w Łodzi został przygotowany i zrealizowany projekt „Standardy działań stowarzyszeń abstynenckich” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Efektom prac zespołu zaangażowanego w projekt było m.in. przygotowanie 5 standardów działań stowarzyszeń abstynenckich, a także opracowanie zasad i sposobów oceny stopnia ich wdrożenia w stowarzyszeniu. Spełnienie standardów na odpowiednim poziomie jest potwierdzane Certyfikatem spełnienia standardów, który przyznaje się na czas określony. Jego przedłużenie wymaga ponownego przejścia procedury oceny.

Korzystając ze zdobytych w projekcie doświadczeń, program „Standardy działań stowarzyszeń abstynenckich” został przyjęty do realizacji w kolejnych latach. Każdego roku przyznawane są kolejne certyfikaty stowarzyszeniom, które spełniają na odpowiednim poziomie standardy działań.

Standardy zostały podzielone na dwie grupy – podstawowe i zaawansowane. Trzy podstawowe to:

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

Oraz dwa standardy zaawansowane:

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

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

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

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

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

Zaawansowany standard **Programy edukacyjne dla przedstawicieli samorządów lokalnych, stowarzyszeń abstynenckich oraz członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych** przede wszystkim ma na celu podniesienie i ujednolicenie wiedzy, kompetencji

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

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

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

Kontynuacja rozpoczętego procesu standaryzacji nie będzie możliwa bez wsparcia ze strony samorządów lokalnych. Po pierwsze w zakresie pomocy i monitorowania stowarzyszeń, które już wdrożyły standardy, po drugie w upowszechnianiu i wprowadzaniu w kolejnych stowarzyszeniach standardów działań.

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

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

Aby skutecznie wspierać rodziny z problemem alkoholowym, nie wystarczy jednak sama znajomość objawów uzależnienia czy mechanizmów współuzależnienia. Kluczowe znaczenie ma umiejętność odpowiedniego motywowania osób dotkniętych problemem alkoholowym do podjęcia trudnej decyzji o leczeniu. Stąd istotnym elementem kampanii było przekazanie duchownym podstaw Dialogu Motywującego, czyli metody prowadzenia rozmowy służącej wydobyciu i umocnieniu u rozmówcy jego własnej motywacji i zobowiązania do zmiany. Upowszechnieniu

wiedzy na temat uzależnienia i technik motywacyjnych mają służyć podręcznik, filmy instruktażowe oraz zajęcia warsztatowe. Podręcznik i filmy są dostępne na stronie internetowej kampanii www.motywuujemydozmiany.pl

Poza wsparciem działalności organizacji pozarządowych, zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, samorządy powinny wspomagać w działaniach służących rozwiązywaniu problemów alkoholowych również instytucje i osoby fizyczne.

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 służb i instytucji” 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 oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego

Reklama i promocja napojów alkoholowych

Regulacje prawne:

Kwestie związane z reklamą i promocją napojów alkoholowych reguluje **Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi** (Dz.U. z 2016 r. poz. 487 j.t.). Zgodnie z definicją ustawową zawartą w art. 2¹ za „reklamę napojów alkoholowych” uznaje się publiczne rozpowszechnianie znaków towarowych napojów alkoholowych lub symboli graficznych z nimi związanych, a także nazw i symboli graficznych przedsiębiorców produkujących napoje alkoholowe, nieróżniących się od nazw i symboli graficznych napojów alkoholowych, służące popularyzowaniu znaków towarowych napojów alkoholowych; za reklamę nie uważa się informacji używanych do celów handlowych pomiędzy przedsiębiorcami zajmującymi się produkcją, obrotem hurtowym i handlem napojami alkoholowymi. Natomiast „promocja napojów alkoholowych” oznacza publiczną degustację napojów alkoholowych, rozdawanie rekwizytów związanych z napojami alkoholowymi, organizowanie premiowanej sprzedaży napojów alkoholowych, a także inne formy publicznego zachęcania do nabywania napojów alkoholowych.

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

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

- 5) nie zachęca do nadmiernego spożycia alkoholu;
- 6) nie przedstawia abstynencji lub umiarkowanego spożycia alkoholu w negatywny sposób;
- 7) nie podkreśla wysokiej zawartości alkoholu w napojach alkoholowych jako cechy wpływającej pozytywnie na jakość napoju alkoholowego;
- 8) nie wywołuje skojarzeń z:
 - a) atrakcyjnością seksualną,
 - b) relaksem lub wypoczynkiem,
 - c) nauką lub pracą,
 - d) sukcesem zawodowym lub życiowym.

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

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

- 1) w telewizji, radiu, kinie i teatrze między godziną 6:00 a 20:00, z wyjątkiem reklamy prowadzonej przez organizatora imprezy sportu wyczynowego lub profesjonalnego w trakcie trwania tej imprezy;
- 2) na kasetach wideo i innych nośnikach;
- 3) w prasie młodzieżowej i dziecięcej;
- 4) na okładkach dzienników i czasopism;
- 5) na słupach i tablicach reklamowych i innych stałych i ruchomych powierzchniach wykorzystywanych do reklamy, chyba że 20% powierzchni reklamy zajmować będą widoczne i czytelne napisy informujące o szkodliwości spożycia alkoholu lub o zakazie sprzedaży alkoholu małoletnim;
- 6) przy udziale małoletnich.

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

znak towarowy, kształt graficzny lub opakowanie związane z napojem alkoholowym, jego producentem lub dystrybutorem.

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

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

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

1) szkodliwości spożywania alkoholu, o treści:

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

2) zakazie sprzedaży napojów alkoholowych małoletnim, o treści:

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

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

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

Warto wskazać również na wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 31 marca 2015 roku (sygn. akt II FSK 707/13) który wskazał, 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 są zgodne ze światową tendencją precyzyjnego ograniczania form i kanałów dystrybucji przekazu marketingowego napojów alkoholowych niż dopuszczanie kolejnych form reklamy.

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 śmiertelnych ofiar wypadków samochodowych⁸.

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 roku⁹ 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 tych 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, w których obowiązuje częściowy zakaz 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 młodzi użytkownicy. **Relacja pomiędzy presją marketingową (reklamą) alkoholu na osoby młode a poziomem konsumpcji oraz ryzykiem pojawienia się nałogu jest rzetelnie udowodniona i bezdyskusyjna**¹⁰. 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.

⁸ Saffer H., *Alcohol advertising bans and alcohol abuse: an international perspective*. „Journal of Health Economics”, 1991; Saffer H., *Alcohol advertising and motor vehicle fatalities*, 1997.

⁹ Anderson P., Baumberg B., *Alcohol in Europe*. [London: Institute of Alcohol Studies (2006)]. Polskie wydanie: *Alkohol w Europie*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2007.

¹⁰ *Impact of Alcohol Advertising and Media Exposure on Adolescent Alcohol Use: A Systematic Review of Longitudinal Studies*, Peter Anderson et al., „Alcohol and Alcoholism”, Oxford Journals 2009.

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, iż 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 (Dz.U. z dnia 24 listopada 2003 r.);
- przekazywanie klientom gazetki promocyjnej z reklamą piwa poza obszarem wydzielonego stoiska lub punktu prowadzącego wyłącznie sprzedaż alkoholu;
- umieszczanie na portalach społecznościowych, stronach internetowych reklamy piwa bez napisów ostrzegawczych lub reklama wysokoprocentowego alkoholu;
- prowadzenie reklamy i promocji produktów oraz usług, których nazwa, znak towarowy, kształt graficzny lub opakowanie wykorzystuje podobieństwo lub jest tożsame z oznaczeniem napoju alkoholowego lub innym symbolem obiektywnie odnoszącym się do napoju alkoholowego, np. reklama piwa bezalkoholowego (w przypadku marek, które na rynek wprowadzają również piwa o zawartości powyżej 0,5% alkoholu).

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.

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

Z danych PARPA-G1, wynika, że gminy niechętnie występują w roli oskarżyciela publicznego. Zdecydowanie częściej składają zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, przy czym wyraźna jest przewaga składania zawiadomień w związku ze sprzedażą lub podawaniem napojów alkoholowych w wypadkach, kiedy jest to zabronione, np. zakaz sprzedaży osobom niepełnoletnim, bez zezwolenia, wbrew jego warunkom, niż z zakresu nielegalnej reklamy i promocji napojów alkoholowych. Powyższe różnice mogą być spowodowane stopniem skomplikowania dwóch procedur. Oczywiście jest, że złożenie zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa do policji lub prokuratury, jest dość proste. Zawiadomienie o przestępstwie może być złożone na piśmie lub ustnie do protokołu zgodnie z art. 143 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 1997 r., Nr 89, poz. 555, ze zm., dalej k.p.k.). Przy czym należy wskazać, że zgodnie z art. 304. § 2 k.p.k. instytucje państwowe i samorządowe, które w związku ze swoją działalnością dowiedziały się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, są obowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub policję oraz przedsięwziąć niezbędne czynności do czasu przybycia organu powołanego do ścigania przestępstw lub do czasu wydania przez ten organ stosownego zarządzenia, aby nie dopuścić do zatarcia śladów i dowodów przestępstwa.

W sytuacji składania zawiadomienia na piśmie ważne jest, aby oznaczyć organ zawiadamiający; opisać zdarzenie, które uzasadnia podejrzenie popełnienia przestępstwa (np. umieszczenie w witrynie sklepowej butelek z wysokoprocentowymi napojami alkoholowymi tak, że można odczytać ich znaki towarowe, sprzedaż alkoholu osobie niepełnoletniej); uzasadnienie oraz należy załączyć wszelkie materiały, które mogą stanowić dowody w sprawie, np. zdjęcia, lub wskazać świadków zdarzenia.

Występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego jest prowadzone na podstawie przepisów o postępowaniu karnym. Sprawy, w których gmina występuje jako oskarżyciel publiczny, odbywają się w trybie uproszczonym. 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 13 czerwca 2003 roku w sprawie określenia organów uprawnionych obok policji do prowadzenia dochodzeń oraz organów uprawnionych do wnoszenia i popierania oskarżenia przed sądem pierwszej instancji w sprawach podlegających rozpoznaniu w postępowaniu uproszczonym, jak również zakresu spraw zleconych tym organom (Dz.U. Nr 108, poz. 1019 ze zm.). Nie wymieniono w nim organu samorządu terytorialnego, a zatem gmina nie jest upoważniona do prowadzenia takiego postępowania. Art. 4¹ ust. 1 pkt 6 ustawy, który daje gminom prawo do występowania w charakterze oskarżyciela publicznego, stanowi również podstawę prawną do

składania do organów 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. Projekt aktu oskarżenia może przygotować policja, ale sam akt oskarżenia sporządza i kieruje do sądu gmina. Sąd może go oddalić ze względu na braki formalne, stąd potrzeba dużej staranności przy sporządzaniu aktu oskarżenia i zbieraniu 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 może wnosić oskarżenie do sądów I instancji, nie przysługuje jej natomiast prawo do wnoszenia środków odwoławczych. Prawo wniesienia apelacji przysługuje wyłącznie prokuratorowi.

Gmina może złożyć zapowiedź apelacji – skierować wniosek do sądu rejonowego w ciągu 7 dni (termin nieprzekraczalny) z żądaniem sporządzenia odpisu wyroku wraz z uzasadnieniem i przekazać sprawę do prokuratora z wnioskiem o złożenie apelacji. Prokurator ma 14 dni na sporządzenie apelacji od momentu pokwitowania przez gminę otrzymania odpisu wyroku wraz z uzasadnieniem. Prokurator natomiast ma prawo odmówić podjęcia środków odwoławczych. Wójt, burmistrz lub prezydent miasta może w drodze upoważnienia wskazać osobę do reprezentowania gminy przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego. W tej roli może wystąpić radca prawny lub adwokat. Realizacja tego zadania przez gminy może oznaczać przyjęcie do współpracy prawnika, który będzie merytorycznie koordynował postępowanie, nadzorował sporządzenie aktu oskarżenia, a w razie potrzeby reprezentował gminę przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego.

ROZDZIAŁ VI

Wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów 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 z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi) jest wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej. Zgodnie z art. 3 ust. 2 Ustawy z dnia 13 czerwca 2003 roku o zatrudnieniu socjalnym (Dz.U. z 2011 r. Nr 43, poz. 225 ze zm.) centrum integracji społecznej (CIS) może być tworzone przez jednostkę samorządu terytorialnego w formie jednostki budżetowej lub samorządowego zakładu budżetowego oraz przez organizację pozarządową lub podmiot, o którym mowa w art. 3 ust. 3 pkt 1 i 3 Ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2016 r. poz. 239).

Zgodnie z art. 10 ust. 1 ww. ustawy działalność CIS finansowana jest m.in. z dotacji pochodzącej z dochodów własnych gminy, przeznaczonych na realizację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, przy czym możliwość ta nie dotyczy CIS, działającego w formie jednostki budżetowej.

Zgodnie z Ustawą z dnia 5 sierpnia 2015 roku o zmianie ustawy o zatrudnieniu socjalnym oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2015 r., poz. 1567) w zajęciach reintegracyjnych oferowanych przez CIS mogą uczestniczyć:

- bezdomni realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;
- uzależnieni od alkoholu;
- uzależnieni od narkotyków lub innych środków odurzających;
- chorzy psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego;
- długotrwale bezrobotni w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;

-
- zwalniani z zakładów karnych, mający trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;
 - uchodźcy realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;
 - osoby niepełnosprawne, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

W opinii PARPA finansowanie funkcjonowania CIS ze środków przeznaczonych na realizację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych może być proporcjonalne do liczby osób uzależnionych od alkoholu, biorących udział w oferowanych przez nie zajęciach reintegracyjnych. 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 czy klubów pracy.

Rozdział VII

Instytucja zobowiązania do leczenia odwykowego

W art. 21 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi ustanowiono zasadę dobrowolności leczenia odwykowego osób uzależnionych od alkoholu. Zgodnie z tym przepisem wszelkie odstępstwa od tej zasady mają charakter wyjątkowy i muszą być uregulowane ustawą. Jednym z wyjątków od zasady dobrowolności jest instytucja zobowiązania do leczenia odwykowego unormowana w art. 24–36 ustawy. Do zadań własnych gminy, na mocy art. 4¹ ust. 3 oraz art. 25 i art. 26 ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, należy powołanie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, na której spoczywa obowiązek podejmowania czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu.

Raport Najwyższej Izby Kontroli

27 lipca 2016 roku Najwyższa Izba Kontroli przedstawiła wyniki kontroli związanej z instytucją zobowiązania do leczenia odwykowego¹¹. Z przedstawionych przez NIK informacji wynika m.in.: że procedura zobowiązania osób uzależnionych od alkoholu do leczenia odwykowego nie funkcjonuje sprawnie i nie wspomaga skutecznie rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce. Większość zobowiązanych (ponad 60%) nie stawia się na leczenie, a 30% osób przyjętych na obowiązkową terapię (na poziomie podstawowym) jej nie kończy. Połowa zobowiązanych jest ponownie kierowana na przymusowe leczenie. Część z nich (48%) trafia tam wielokrotnie. Ponadto NIK wskazała na przewlekłość procedury – od zgłoszenia gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych osoby nadużywającej alkoholu do przyjęcia jej na leczenie odwykowe mija średnio od 174 do 1.456 dni (średnio 673 dni), i tak:

- od zgłoszenia gminnej komisji osoby nadużywającej alkoholu do skierowania do sądu wniosku o zobowiązanie jej do poddania się leczeniu mija średnio 266 dni;
- od wpływu do komisji zgłoszenia 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.

¹¹ „Informacja o wynikach kontroli. Przymusowe kierowanie osób uzależnionych od alkoholu na leczenie odwykowe” LPO.430.001.2016 Nr ewid. 14/2016/P/15/095/LPO, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2016. Raport dostępny jest na stronie: <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-przymusowym-kierowaniu-osob-uzalezniionych-od-alkoholu-na-leczenie-odwykowe.html>

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

Ponadto w wyżej wymienionym raporcie NIK odniosła się również do kwestii związanej z ochroną danych osobowych, wskazując m.in., że „gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, prowadząc postępowania wobec zgłoszonych osób nadużywających alkoholu, przetwarzały ich dane, w tym tzw. dane wrażliwe, czyli np. dane o stanie zdrowia i o nałogach oraz dane dotyczące skazań, orzeczeń o ukaraniu i mandatach karnych, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym. Prezydenci miast, burmistrzowie i wójtowie będący administratorami danych osób zgłoszonych gminnym komisjom, w większości skontrolowanych gmin, nie zagwarantowali prawidłowego, tj. zgodnego z ustawą o ochronie danych osobowych, przetwarzania tych danych. Nieprawidłowości w tym zakresie polegały przede wszystkim na nienadaniu członkom gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych upoważnień do przetwarzania danych zgłoszonych osób. W świetle art. 37 ustawy o ochronie danych osobowych, osoby przetwarzające dane powinny posiadać indywidualne upoważnienie nadane przez administratora danych. Upoważnienia administratora do przetwarzania danych zgłoszonych osób nie posiadali członkowie (żaden lub część z nich) 54,8% skontrolowanych gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych”.

„Większość gminnych komisji bez ustawowego upoważnienia występowała do innych podmiotów, w tym policji, OPS, czy izb wytrzeźwień, o informacje o zgłoszonych osobach. Dane zgłoszonych osób udostępniano też pracownikom urzędów gmin i OPS niebędących członkami komisji, a wykonującymi na jej rzecz np. obsługę administracyjną”.

Należy podkreślić, że **zbiory danych osobowych znajdujące się w zasobach gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych podlegają przepisom ustawy o ochronie danych osobowych**. Zgodnie z treścią przepisu art. 27 ust. 1 ww. ustawy „zabrania się przetwarzania danych m.in. o stanie zdrowia i nałogach”. W myśl ust. 2 pkt. 2 cytowanego przepisu przetwarzanie danych, o których mowa w ust. 1, jest jednak dopuszczalne, jeżeli przepis szczególny innej ustawy zezwala na przetwarzanie takich danych bez zgody osoby, której dane dotyczą, i stwarza pełne gwarancje ich ochrony. Dlatego też dane te powinny być dostępne wyłącznie dla osób posiadających uprawnienie do przetwarzania ww. danych osobowych.

W obecnym brzmieniu ustawy z o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi dyspozycja art. 4¹ ust. 3 wskazuje, iż gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych w ramach swoich kompetencji nadanych niniejszą ustawą podejmują także czynności zmierzające do orzeczenia przez właściwy miejscowo sąd o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego. Przepis art. 26 ust. 3 ww. ustawy wskazuje, iż „sąd wszczyna postępowanie na wniosek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuratora. Do wniosku dołącza się zebraną dokumentację wraz z opinią biegłego, jeżeli badanie przez biegłego zostało przeprowadzone”. Tym

samymi osobami upoważnionymi do przetwarzania ww. danych osobowych są tylko członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych na potrzeby postępowania dotyczącego zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu. Działania gminnych komisji podlegają przepisom ustawy o ochronie danych osobowych, dlatego też mają one obowiązek zgłoszenia bazy danych do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

W myśl przepisu art. 40 ustawy o ochronie danych osobowych „administrator danych jest obowiązany zgłosić zbiór danych do rejestracji Generalnemu Inspektorowi, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w art. 43 ust. 1. Wskazany przepis art. 43 ust. 1 zawiera zamknięty katalog danych niepodlegających rejestracji. Wobec faktu zaś, iż baza danych gminnej komisji nie zawiera danych wskazanych w powyższym przepisie, należy stwierdzić, że podlegają one obowiązkowi zgłoszenia do rejestracji Generalnemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych, zaś administrator danych może rozpocząć ich przetwarzanie w zbiorze danych dopiero po zgłoszeniu tego zbioru GIODO (w przypadku danych tzw. wrażliwych, dopiero po zarejestrowaniu zbioru), chyba że ustawa zwalnia go z tego obowiązku (vide art. 46 ust. 1 i 2 ustawy). Oznacza to, że przetwarzanie danych osobowych bez zgłoszenia bazy danych jest działaniem sprzecznym z ustawą o ochronie danych osobowych.

Na gruncie powyżej wskazanych przepisów pojawia się pytanie, czy gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych jest podmiotem właściwym do zgłaszania takiej bazy danych. Administratorem danych, o którym mowa w art. 40 ustawy jest organ, jednostka organizacyjna, podmiot lub osoba, o których mowa w art. 3 ustawy decydujące o celach i środkach przetwarzania danych osobowych (vide art. 7 pkt. 4 ww. ustawy). Natomiast organami, o których mowa w art. 3 ustawy są: organy państwowe, organy samorządu terytorialnego oraz państwowe i komunalne jednostki organizacyjne; podmioty niepubliczne realizujące zadania publiczne; osoby fizyczne i osoby prawne oraz jednostki organizacyjne niebędące osobami prawnymi, jeżeli przetwarzają dane osobowe w związku z działalnością zarobkową, zawodową lub dla realizacji celów statutowych, które mają siedzibę albo miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, albo w państwie trzecim, o ile przetwarzają dane osobowe przy wykorzystaniu środków technicznych znajdujących się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Niewątpliwie gminna komisja nie należy do kategorii „organów państwowych, organów samorządu terytorialnego lub państwowych i komunalnych jednostek organizacyjnych” (jedynych podmiotów publicznych wymienionych we wskazanym przepisie). Nie oznacza to jednak, że zbiory danych osobowych znajdujące się w posiadaniu gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych nie podlegają zgłoszeniu, a jedynie, iż podlegają one zgłoszeniu przez właściwy organ (w tym przypadku przez organ powołujący na mocy ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, tj. wójta, burmistrza, prezydenta miasta).

Regulacje prawne związane z zobowiązaniem do leczenia odwykowego

Zgodnie z art. 24 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, postępowanie zobowiązujące do podjęcia leczenia odwykowego dotyczy osób, które w związku

z nadużywaniem alkoholu powodują rozpad życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy oraz systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny. Oznacza to, że sam fakt uzależnienia od alkoholu nie może stanowić samoistnej podstawy do zobowiązania danej osoby do podjęcia leczenia odwykowego. Muszą temu towarzyszyć także określone negatywne zachowania w sferze społecznej. Zatem, tylko taki sposób życia osoby odmawiającej leczenia odwykowego wymaga interwencji władzy publicznej, który zagraża bezpieczeństwu i porządkowi publicznemu oraz prawom i wolności innych osób.

Sprawa o zastosowanie obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego należy do kategorii spraw z zakresu prawa osobowego i jest rozpoznawana w trybie postępowania nieprocesowego (art. 26 ust. 2 ustawy) przez sąd rejonowy właściwy dla miejsca jej zamieszkania lub przebywania. Zgodnie z art. 26 ust. 3 ustawy, sąd wszczyna postępowanie na wniosek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuratora, a do wniosku dołącza się zebraną dokumentację wraz z opinią biegłego, jeżeli badanie przez biegłego zostało przeprowadzone. Obydwa wymienione podmioty uzyskały takie same uprawnienia do inicjowania postępowania sądowego i zostały na nie nałożone takie same obowiązki dotyczące wymagań wniosku. Zatem przesyłanie przez prokuratora do gminnej/miejskiej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych wniosków o wszczęcie procedury zmierzającej do zobowiązania do podjęcia leczenia odwykowego jest niczym nieuzasadnione.

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

- przyjęcie zgłoszenia o przypadku wystąpienia nadużywania alkoholu z jednoczesnym wystąpieniem przesłanek z art. 24 ustawy. Należy zaznaczyć, że każdy może złożyć zawiadomienie rozpoczynające procedurę. Warto podkreślić, że § 17 ust. 4 Rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 13 września 2011 roku w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” (Dz.U. z 2011 r., Nr. 209 poz. 1245) 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. Należy pamiętać, iż podstawową metodą leczenia takiej osoby jest psychoterapia indywidualna i grupowa. Leczenie medyczne ma wymiar wspomagający psy-

choterapię i nakierowane jest na usuwanie powikłań spowodowanych szkodliwym używaniem alkoholu (w tym leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych), farmakologiczne wsparcie oddziaływań psychoterapeutycznych oraz leczenie współwystępujących zaburzeń. Zalecane jest, aby – poza uczestnictwem w psychoterapii uzależnienia – osoby uzależnione aktywnie korzystały również z oferty ruchów samopomocowych, przede wszystkim, aby systematycznie uczestniczyły w mityngach Wspólnoty Anonimowych Alkoholików (AA) oraz w zajęciach organizowanych przez stowarzyszenia abstynenckie;

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.

- 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 korzystne dla tej osoby, uzasadnione 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);

Dość częste są sytuacje, kiedy to osoba, w stosunku do której wpłynął wniosek o wszczęcie procedury, nie przyjmuje zaproszenia gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych zarówno na rozmowę, jak i na badanie. Pojawia się wtedy pytanie, czy zasadne jest prowadzenie postępowania, np. kierowanie do biegłego. W powyżej sytuacji należałoby każdorazowo rozważyć następujące sposoby postępowania – jeżeli z otrzymanego wniosku wynika, że jest wysoce prawdopodobne, iż osoba, którą zgłoszono jest uzależniona od alkoholu i spełnione są przesłanki społeczne określone w art. 24 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, tj. dochodzi do rozkładu życia rodzinnego lub demoralizacji małoletnich, uchylenia się od pracy albo systematycznego zakłócania spokoju lub porządku publicznego, to gminna komisja powinna kontynuować dalsze działania wynikające z ustawy. Powinna zatem skierować osobę na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego. W przypadku spełnienia przesłanki społecznej konieczne jest powołanie biegłego zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 roku w sprawie biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu (Dz.U. 2007 Nr 250, poz. 1883) w sytuacji stwierdzenia u uczestnika rozmowy picia ryzykownego. Kolejnym rozwiązaniem może być umorzenie postępowania z uwagi na fakt, iż z zawiadomienia nie wynika, że doszło do spełnienia przesłanek społecznych, a brak kontaktu z wnioskodawcą, jak i zainteresowanym uniemożliwia przyjęcie odmiennej interpretacji.

- 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 stawiła 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 wezwań wraz z informacją o niestawieniu się osoby wzywanej). Warto podkreślić, że jakkolwiek postępowanie przed gminną komisją nie jest postępowaniem administracyjnym w rozumieniu art. 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, to wszelkie pisma urzędowe kierowane do strony w toku tego postępowania powinny spełniać wymogi formalne wskazane w tym akcie;

- złożenie wniosku o wszczęciu postępowania do sądu rejonowego właściwego dla miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy (art. 26 ust. 3 ustawy). Charakter tego postępowania, skutek orzeczenia mogącego prowadzić do ograniczenia praw i wolności danej osoby oraz wskazanie niezwłoczności rozpoznania podkreślają konieczność dopełnienia wszystkich wymagań w składanym wniosku. Dlatego też ważne jest, aby wniosek, zgodnie z art. 511 w zw. z art. 126 i art. 187 Kodeksu postępowania cywilnego zawierał oznaczenie sądu, do którego jest kierowany oraz imiona i nazwiska uczestników postępowania, ich przedstawicieli ustawowych i pełnomocników; oznaczenie rodzaju pisma; osnovę wniosku lub oświadczenia oraz dowody na poparcie przytoczonych okoliczności; podpis strony albo jej przedstawiciela ustawowego lub pełnomocnika; wymienienie załączników; dokładne określenie żądania oraz przytoczenie faktycznych okoliczności uzasadniających. Pismo to może również zawierać wnioski o wezwanie na rozprawę określonych świadków lub biegłych, żądania dowodów znajdujących się w sądach, urzędach lub u osób trzecich. Do wniosku należy dołączyć odpis, a wraz z pismem wnieść opłatę. Zgodnie z art. 23 Ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. z 2016 r., poz. 623) od wniosku o wszczęcie postępowania nieprocesowego pobiera się opłatę stałą w wysokości 40 zł. Zgodnie z art. 96 ust. 1 ww. ustawy wymóg ten nie dotyczy sytuacji, gdy stroną składającą wniosek jest prokurator.

Jednocześnie warto zwrócić uwagę na fakt, że zgodnie z art. 103 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, sąd może zwolnić jednostkę organizacyjną, która nie jest osobą prawną (a więc także gminną 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). 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.

Funkcja społeczna instytucji zobowiązania do leczenia polega na instytucjonalnym motywowaniu do podjęcia terapii odwykowej. Zobowiązanie nie ma charakteru przymusu w sensie prawnym. 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. Nie ma jednak możliwości prawnych ani organizacyjnych zatrzymania pacjenta w takiej placówce wbrew jego woli. Zarazem należy podkreślić, że z brzmienia ust. 1 art. 32 ustawy wynika w sposób niebudzący wątpliwości, że osoba, wobec której wydano postanowienie, jest obowiązana stawić się w zakładzie lecznictwa odwykowego „w celu poddania się leczeniu”. Oznacza to, że wydanie postanowienia o obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu zastępuje obowiązek uzyskania zgody pacjenta.

Z punktu widzenia lecznictwa odwykowego uzależnienie jest przede wszystkim kategorią medyczną. Celem bezpośrednim placówek służby zdrowia nie jest naprawa rzeczywistości społecznej, lecz 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 wsparcia i zaangażowania pacjenta, a odwrotnie proporcjonalna do presji i konfrontacji.

W grupie osób zobowiązanych do leczenia terapię rozpoczyna ponad połowa zobowiązanych, a kończy ją nieco mniej niż połowa podejmujących leczenie. W sumie program podstawowy kończy do 30% osób zobowiązanych, rejestrowanych w placówkach. 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 lecznictwa odwykowego wskazują, że osoby zobowiązane rzadziej podejmują leczenie w pogłębianych 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 z racji uzależnienia stanowi dla siebie bezpośrednie zagrożenie, powinna być traktowana jako osoba zaburzona psychicznie i, podobnie jak inne osoby psychicznie chore, powinna być umieszczona w szpitalu psychiatrycznym z zachowaniem istniejących przepisów prawa. 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 spo-

sób, chociaż zobowiązanie do leczenia może być jednym z elementów pomagania osobom doświadczającym przemoc. 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 przemoc w rodzinie.

Biegli sądowi

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

Kandydatów do listy biegłych, po uzyskaniu ich pisemnej zgody, zgłasza właściwemu terytorialnie prezesowi sądu okręgowego kierownik wojewódzkiego ośrodka terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w odniesieniu do psychologów oraz specjalistów psychoterapii uzależnień oraz konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii w odniesieniu do lekarzy psychiatrów. Lista biegłych jest publikowana w wojewódzkim dzienniku urzędowym w terminie miesiąca od dnia ich powołania.

Prezes sądu okręgowego aktualizuje listę biegłych w miarę potrzeb, nie rzadziej jednak niż raz do roku. Wydłużeniu uległ okres, na jaki biegli są powoływani – z trzech do pięciu lat. Podobnie jak poprzednio, okres powołania upływa z końcem roku kalendarzowego.

Zgodnie z rozporządzeniem osoba, wobec której wszczęto postępowanie w przedmiocie uzależnienia od alkoholu, jest poddawana badaniu psychologicznemu i psychiatrycznemu. Wynik tych badań – stanowiący opinię w przedmiocie uzależnienia od alkoholu – ma służyć sądowi za podstawę do ewentualnego orzeczenia obowiązku poddania się przez tę osobę leczeniu odwykowemu.

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

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

ROZDZIAŁ VIII

Kompetencje członków gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych

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

W ubiegłym roku Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych we współpracy z zespołem Ekspertów ds. Lokalnych i Regionalnych Programów Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych przygotowała kolejną, znowelizowaną edycję „Ramowego programu szkolenia dla gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych”. Program obejmuje 53 godziny dydaktyczne i składa się z 6 głównych bloków tematycznych. Każdy z bloków zawiera główne zagadnienia ze wskazaniem czasu potrzebnego do jego omówienia. Dołączona jest także lista dostępnych publikacji z omawianego zakresu. Przygotowano ją w taki sposób, aby prezentowana lista zawierała aktualne i ogólnodostępne materiały.

We wskazówkach merytorycznych dotyczących poszczególnych zajęć podano informacje dotyczące tematów oraz ich zawartości. Dodano także wskazówki doprecyzowujące zagadnienia z danego obszaru. Do każdego z obszarów zaproponowano formę jego realizacji. Program rozszłano do wszystkich gmin w Polsce. Jest on także dostępny na stronie internetowej PARPA www.parpa.pl/informacje-dla-gmin/szkolenia.

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

W opinii Agencji jego realizacja powinna zapewnić niezbędne, podstawowe przygotowanie dla każdego członka gminnej komisji do wykonywania zadań przewidzianych w ustawie. Na liście podstawowych kompetencji każdego członka komisji (na podstawie przedstawianego programu) powinny znaleźć się takie zagadnienia, jak:

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

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

Wszyscy członkowie komisji, niezależnie od tego, jakie zawody reprezentują, powinni posiadać przynajmniej podstawowy poziom interdyscyplinarnej wiedzy z zakresu rozwiązywania problemów alkoholowych w społeczności lokalnej. Komisja bowiem działa kolegialnie, a to oznacza, że wszyscy jej członkowie głosują (wydają opinie) nad projektem gminnego programu. Warto też zwrócić uwagę na konieczność systematycznego podnoszenia swoich kwalifikacji, ponieważ wciąż pojawiają się nowe metody pracy w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych nie rekomenduje żadnych podmiotów realizujących szkolenia dla członków gminnych komisji, ale zwraca uwagę na wybór takiego programu, który w pełni odpowiada podanym wyżej blokom tematycznym oraz 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 MPiPS w Wytycznych do prowadzenia szkoleń w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Rozdział IX

Dodatkowe informacje prawno-finansowe

Zgodnie z art. 4¹ ust. 2 Ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi realizacja zadań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu jest prowadzona w postaci gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych stanowiącego część strategii rozwiązywania problemów społecznych, uchwalanego corocznie przez radę gminy, uwzględniającego cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, określone w Narodowym Programie Zdrowia.

Należy zatem przyjąć, że merytoryczną podstawą do finansowania zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych są zadania określone w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz zadania określone w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz.U. z 2016 r., poz.1492), który obowiązuje od 17 września 2016 roku.

Ważną informacją jest to, że w związku z wejściem w życie ustawy z dniem 3 grudnia 2015 roku o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2015 r. poz. 1916, ze zm.), ulegnie zmianie sposób powierzania realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego. Przepisy ww. ustawy w art. 14 określają, że powierzanie **realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez odpowiedniego dysponenta środków, o których mowa w art. 13 ustawy o zdrowiu publicznym, odbywa się w trybie konkursu ofert ogłaszanego przez tego dysponenta.**

Publikujemy stanowisko Ministerstwa Zdrowia dotyczące trybu realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, które można znaleźć pod adresem: <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/ustawa-o-zdrowiu-publicznym/tryby-realizacji-zadan-z-zakresu-zdrowia-publicznego/> (data pobrania 18 października 2016 r.).

Warszawa, dn. 13 października 2016 r.

Tryby realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego określonych Ustawą z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (Dz.U. poz. 1916) w odniesieniu do przepisów Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.) oraz Ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2016 r. poz. 239).

Informacje ogólne

Ustawa z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (Dz.U. poz. 1916), zwana dalej: ustawą o zdrowiu publicznym, wprowadza nowe rozwiązania zmierzające do wsparcia realizacji działań mających na celu budowanie kapitału zdrowotnego ludzi. Podstawą projektowanych działań jest rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 roku w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz.U. poz. 1492) (NPZ). Cel strategiczny NPZ to wydłużenie życia w zdrowiu ludności RP, poprawa jakości ich życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.

Katalog zadań z zakresu zdrowia publicznego

W art. 2 ustawy o zdrowiu publicznym doprecyzowano katalog zadań z zakresu zdrowia publicznego, obejmujących:

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

Realizatorzy zadań

Zadania określone w ustawie o zdrowiu publicznym będą realizowane przez organy administracji rządowej, państwowe jednostki organizacyjne, w tym agencje wykonawcze, a także jednostki

samorządu terytorialnego, realizujące zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia. W realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego mogą uczestniczyć także podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami określonymi w art. 2 ustawy o zdrowiu publicznym, 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 (Dz.U. z 2016 r. poz. 239), zwanej dalej: ustawą o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Sposób powierzenia realizacji zadań

Tryby powierzenia realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego zostały określone w art. 14 ustawy o zdrowiu publicznym.

W przypadku zadań, które nie są zadaniami własnymi i gdzie w NPZ wskazano tryb finansowania, powierzenie realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przez odpowiedniego dysponenta środków, o których mowa w art. 13 ustawy o zdrowiu publicznym, odbywa się w trybie konkursu ofert ogłaszanego przez tego dysponenta. Dysponent środków, o których mowa w art. 13 ustawy o zdrowiu publicznym, nie ogłasza konkursu ofert na realizację zadania, zgodnie z art. 14 ust. 1 ww. ustawy, jeżeli w NPZ określono podmiot właściwy do realizacji tego zadania oraz wskazano, że powierzenie jego realizacji następuje na wniosek tego podmiotu składany do odpowiedniego dysponenta środków.

Należy zwrócić uwagę, że w myśl art. 14. ust. 4 ustawy o zdrowiu publicznym do wyboru realizatorów zadań nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych oraz przepisów o prowadzeniu działalności pożytku publicznego na podstawie zlecenia realizacji zadań publicznych, o których mowa w rozdziale 2 działu II ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Należy także podkreślić, że środki na realizację powierzonego zadania dysponent przekazuje na podstawie umowy zawartej z realizatorem zadania. Środki te nie mają charakteru dotacji z budżetu, niemniej jednak zgodnie z art. 17 ust. 5 ustawy o zdrowiu publicznym, do środków przekazywanych na podstawie ww. umowy stosuje się przepisy o finansach publicznych dotyczące dotacji.

Wymaga także zwrócenia uwagi, że realizowanie zadań objętych ustawą o zdrowiu publicznym nie wyłącza stosowania zasad dysponowania środkami publicznymi, określonych w innych ustawach, w szczególności zasad planowania oraz dysponowania środkami publicznymi zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz.U. z 2013 r. poz. 885, z późn. zm.).

Środki na finansowanie zadań

Zgodnie z art. 13 ustawy o zdrowiu publicznym zadania z zakresu zdrowia publicznego są finansowane ze środków pozostających w dyspozycji: ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym ze środków państwowych funduszy celowych, innych ministrów lub centralnych organów admi-

nistracji rządowej realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego, w tym ze środków państwowych funduszy celowych oraz agencji wykonawczych i innych państwowych jednostek organizacyjnych, w tym Narodowego Funduszu Zdrowia, a także jednostek samorządu terytorialnego.

Przeznaczenie środków na poszczególne cele operacyjne

Alokacja środków na poszczególne cele operacyjne została ujęta w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 roku w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz.U. poz. 1492), wydawanym na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy o zdrowiu publicznym i będącym nowym dokumentem strategicznym w omawianym zakresie, które weszło w życie 17 września 2016 roku.

Powierzenie realizacji zadań na mocy ustawy o zdrowiu publicznym a stosowanie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych

Należy podkreślić, że 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 (Dz.U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.), zwanej dalej: ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wobec planowanych do realizacji programów polityki zdrowotnej, jeżeli spełniają warunki określone ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, stosowanie przepisów tej ustawy należy uznać za właściwe. To do podmiotu upoważnionego do opracowywania, wdrażania realizowania i finansowania określonych działań (w formie programu polityki zdrowotnej lub zadań z zakresu zdrowia publicznego) należy wybór właściwej podstawy prawnej.

Wymaga zwrócenia uwagi, że zgodnie z art. 5 pkt 29a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych programem polityki zdrowotnej jest zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego. Ponadto art. 48 ust. 3 tej ustawy wskazuje, że programy polityki zdrowotnej, które mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować jednostki samorządu terytorialnego, dotyczą w szczególności:

- 1) ważnych zjawisk epidemiologicznych;
- 2) innych niż określone w pkt 1 istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów;
- 3) wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.

Mając na uwadze kwestię dotyczącą poprzedzania realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego opracowywaniem programów profilaktycznych czy zdrowotnych, należy zauważyć, że ustawa o zdrowiu publicznym, odnosząc się do szerokiego wachlarza zadań z zakresu zdrowia publicznego, nie nakazuje takiego opracowania, a jedynie wskazuje na możliwy do zastosowania tryb powierzenia realizacji zadań. Mając jednak na uwadze konieczność podejmowania działań efektywnych i skutecznych zasadnym jest określanie przez podmioty zadań, które będą zgodne z aktualną wiedzą i ich jakość jest zweryfikowana przez m.in. Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii czy Ośrodek Rozwoju Edukacji.

Powierzenie realizacji zadań na mocy ustawy o zdrowiu publicznym a stosowanie przepisów ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie

W myśl art. 3 ust. 2 ustawy o zdrowiu publicznym w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego mogą uczestniczyć m.in. podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami określonymi w art. 2 ww. ustawy, w tym organizacje pozarządowe i podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Tak jak zostało wspomniane powyżej, zgodnie z art. 14. ust. 4 ustawy o zdrowiu publicznym do wyboru realizatorów zadań nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych oraz przepisów o prowadzeniu działalności pożytku publicznego na podstawie zlecenia realizacji zadań publicznych, o których mowa w rozdziale 2 działu II ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Powierzając realizację zadania organizacjom pozarządowym i podmiotom, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, należy zawsze mieć na uwadze katalog zadań, określony przepisami ustawy o zdrowiu publicznym. Oznacza to, że powierzenie realizacji zadań, o których mowa w art. 2 ustawy o zdrowiu publicznym, powinno odbywać się **w trybie określonym w art. 14 tej ustawy.**

Natomiast stosowanie ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie nie będzie błędem w przypadku, gdy zlecane zadanie ma charakter odpowiadający celowi nadrzędnemu tej ustawy, a zatem prowadzeniu działalności pożytku publicznego przez organizacje pozarządowe w sferze zadań publicznych oraz współpracy organów administracji publicznej z organizacjami pozarządowymi (art. 1 ust. 1 pkt 1 tej ustawy).

Należy także dodać, że art. 11a–11c i art. 19a ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie nie stanowią zakresu przedmiotowego regulowanego ustawą o zdrowiu publicznym, gdyż odnoszą się do sytuacji szczególnych i dotacji celowych udzielanych:

- (art. 11a) przez organ administracji publicznej, w razie wystąpienia klęski żywiołowej, katastrofy naturalnej lub awarii technicznej, w rozumieniu art. 3 ust. 1 Ustawy z dnia 18 kwietnia 2002 roku o stanie klęski żywiołowej (Dz.U. z 2014 r. poz. 333 i 915);

-
- (art. 11b) przez Prezesa Rady Ministrów, jeżeli jest to niezbędne ze względu na ochronę życia lub zdrowia ludzkiego albo ze względu na ważny interes społeczny lub ważny interes publiczny;
 - (art. 11c) przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych podmiotom uprawnionym do wykonywania ratownictwa górskiego albo wodnego, jednostkom ochrony przeciwpożarowej oraz Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi w przypadkach dotyczących zadań z zakresu ochrony ludności i ratownictwa.

Sprawozdawczość

Ustawa o zdrowiu publicznym w art. 12 określa także sposób gromadzenia danych dotyczących realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, terminy ich przekazywania i zakres gromadzonych informacji.

Zgodnie z przepisami ww. ustawy, organy administracji rządowej, z wyłączeniem wojewody, agencje wykonawcze oraz inne państwowe jednostki organizacyjne uczestniczące w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego przekazują ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, do dnia 30 kwietnia każdego roku, roczną informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego.

Natomiast jednostki samorządu terytorialnego przekazują właściwemu wojewodzie, do dnia 31 marca każdego roku, roczną informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego.

Należy podkreślić, że przepisy ustawy dotyczące przekazywania ww. informacji wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2017 roku.

Sposób przekazywania informacji zostanie określony w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia. Projekt rozporządzenia zostanie skierowany do uzgodnień, konsultacji publicznych i opiniowania (zgodnie z uchwałą Nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów, M. P. poz. 979).

Rozdział X

Rekomendowane stawki finansowe

Charakterystyka poszczególnych form zajęć

Podstawowe rodzaje zajęć można określić następująco:

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

Trening psychologiczny bywa stosowany w różnych kontekstach: jako element programów szkoleniowych, jako część programów terapii dla osób uzależnionych i współuzależnionych itp. Oznacza to, że za prowadzenie treningu, w zależności od okoliczności, mogą być stosowane różne stawki wynagrodzenia;

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

Ustalanie stawek

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

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

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

- Programy szkoleniowe dla przedstawicieli wybranych profesji:
 - wykłady dydaktyczne – wynagrodzenie **200-500 zł**,
 - wykład dydaktyczny powinien opierać się na konspekcie, którego udostępnienia może oczekiwać organizator szkolenia,
 - stosowanie stawki powyżej **300 zł** powinno być zarezerwowane dla wykładowców z wyższym wykształceniem,
 - 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,
 - seminaria i warsztaty szkoleniowe dla profesjonalistów – wynagrodzenie **100-200 zł**,
 - należy podać liczbę godzin, stawki, liczbę i wielkość grup oraz kwalifikacje prowadzących,
 - seminaria i warsztaty powinny być prowadzone na podstawie konspektu lub scenariusza, którego udostępnienie może być oczekiwane przez organizatora szkolenia,
 - treningi psychologiczne w małych grupach w ramach szkolenia profesjonalnego – wynagrodzenie **100-150 zł**,
 - grupy do 15 uczestników może prowadzić jeden trener,
 - należy podać kwalifikacje prowadzących, liczbę i wielkość grup, stawki, liczbę godzin zajęć.

W przypadku realizacji programów stażowych – np. dla studentów – należy dołączyć do umowy program zajęć stażowych, a także wskazać opiekuna stażu. Staż powinien obejmować minimum 40 godz. – wynagrodzenie dla opiekuna **100-200 zł** od jednej osoby odbywającej staż.

 - Zajęcia profilaktyczne i edukacyjno-rozwojowe dla dzieci, młodzieży, rodzin oraz nieprofesjonalistów:
 - zajęcia profilaktyczne dla młodzieży – wynagrodzenie **30-75 zł**,
 - zajęcia opiekuńczo-wychowawcze dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym – wynagrodzenie **25-40 zł**,
 - zajęcia socjoterapeutyczne – wynagrodzenie **35-70 zł**,

Prowadzenie tego rodzaju zajęć wymaga podania liczby godzin, wielkości i liczby grup słuchaczy, stawek, a także kwalifikacji osób prowadzących. W przypadku programów socjoterapeutycznych uzasadnione jest finansowanie superwizji lub konsultacji dla zespołu. Stawki za superwizje mogą być ustalane w granicach **100–150 zł**.

– systematyczne dyżury interwencyjno-wspierające – wynagrodzenie **30–60 zł**.

- Programy terapeutyczne oraz pomoc rehabilitacyjna dla osób uzależnionych i członków ich rodzin, w tym DDA):

– godzina psychoterapii indywidualnej w ramach programu terapeutycznego – wynagrodzenie **80–100 zł**,

– godzina psychoterapii grupowej w ramach programu terapeutycznego – wynagrodzenie **90–150 zł**,

– mikroedukacja dla pacjentów w programach terapeutycznych – wynagrodzenie **40–80 zł**,

– superwizja indywidualna lub grupowa specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień – wynagrodzenie **120–200 zł**,

- Działania interwencyjno-wspierające dla członków rodzin, w których występują problemy alkoholowe: systematyczne dyżury interwencyjno-wspierające – wynagrodzenie **30–60 zł**,

– oddziaływania edukacyjno-korekcyjne dla sprawców przemocy – wynagrodzenie **40–65 zł**,

– konsultacje specjalistów (prawnik, lekarz, psycholog kliniczny) – wynagrodzenie **45–70 zł**,

– zajęcia terapeutyczne dla osób doświadczających przemocy **40–65 zł**.

Przyjmuje się zasadę, że przy zajęciach prowadzonych w małych grupach finansuje się zatrudnienie tylko jednej osoby prowadzącej (jeżeli grupa nie przekracza 10–15 osób). Wyjątek mogą stanowić specjalistyczne zajęcia dla dzieci z rodzin alkoholowych oraz specjalistyczna psychoterapia DDA. Wymagane jest, aby osoby realizujące zadania terapeutyczne posiadały doświadczenie merytoryczne w pracy w placówkach profesjonalnych.

- Inne zadania i zalecane stawki:

oryginalne teksty zatwierdzone do publikacji i rozprowadzania – należy podać liczbę stron, liczbę egzemplarzy – stawki średnie: autorskie **45–110 zł** za stronę znormalizowanego maszynopisu, tj. 1800 znaków, tłumaczenia **45–70 zł** (w zależności od terminu) za znormalizowaną stronę maszynopisu,

wykonanie innych materiałów edukacyjno-terapeutycznych (kasety, plakaty itp.) – przy ustalaniu wynagrodzeń autorskich można 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”.

notatki
