

Rekomendacje

do realizowania i finansowania gminnych
programów profilaktyki i rozwiązywania
problemów alkoholowych
oraz przeciwdziałania narkomanii w **2024** roku

Zespół redaktorów i recenzentów:
Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Projekt graficzny, skład i łamanie:
Piotr Szymanik

Korekta:
redaguje.pl Katarzyna Kulesza

Copyright © Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

ISBN 978-83-966583-1-9

Wydanie I
Warszawa 2023

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

Spis treści

Wstęp	4
Wprowadzenie	5
Rozdział I	
Diagnoza lokalnych problemów jako punkt wyjścia do opracowania gminnych programów	6
Rozdział II	
Obszary priorytetowe	10
2.1. Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków	10
2.2. Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe i narkotykowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą domową	27
2.3. Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej oraz działalności szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii oraz uzależnieniom behawioralnym	40
2.4. Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych oraz narkotykowych	74
2.5. Wspieranie zatrudnienia socjalnego przez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej i klubów integracji społecznej	77
2.6. Finansowanie działań ze środków pochodzących ze sprzedaży napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml	80
2.7. Podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13 ¹ i 15 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego	85
Rozdział III	
Taryfikator działań	96

Wstęp

Szanowni Państwo,

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

W publikacji omówione zostały zadania gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, z uwzględnieniem uzależnień behawioralnych. W tegorocznych rekomendacjach zostały przedstawione zarówno działania rekomendowane wraz z uzasadnieniem, jak i te, których nie rekomendujemy, albo ze względu na brak związku z obszarem profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, albo ze względu na niepotwierdzoną skuteczność.

Poza omówieniem sposobów realizacji poszczególnych zadań gminnego programu wskazanych w ustawie z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2023 r. poz. 2151) oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2023 r. poz. 1939) w osobnych częściach rozdziału drugiego w ramach obszarów priorytetowych znalazł się temat finansowania działań ze środków pochodzących ze sprzedaży napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml.

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

- gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii oraz zadań realizowanych przez placówkę wsparcia dziennego, o której mowa w art. 9 pkt 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 1426) (tzw. korkowe),
- lokalnej międzysektorowej polityki przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu (tzw. małpki).

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

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

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

Dyrekcja i Pracownicy
Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

Wprowadzenie

Samorząd gminny na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U.2023.2151) w związku z ustawą z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U.2023.1939) ma obowiązek przyjmować i realizować gminne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Od 2022 roku elementem działań edukacyjnych i profilaktycznych prowadzonych w ramach gminnych programów jest także przeciwdziałanie uzależnieniom behawioralnym. Zadania gmin w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom są zadaniami własnymi, a samorząd ma wskazane źródło finansowania, czyli dochody z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych. Zgodnie z art. 18² ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi „dochody z opłat za zezwolenia wydane na podstawie art. 18 lub art. 18¹ oraz dochody z opłat określonych w art. 11¹ wykorzystywane będą na realizację:

1. gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii,
2. zadań realizowanych przez placówkę wsparcia dziennego, w której mowa w art. 9 pkt 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, o którym mowa w art. 4¹ ust. 2,
 - i nie mogą być przeznaczane na inne cele”.

Oznacza to, że finansowanie zadań z ww. dochodów musi mieć związek z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz przeciwdziałaniem narkomanii w rozumieniu ww. ustaw i tylko takie zadania mogą być wpisane do gminnych programów.

Dodatkowo ustawa z dnia 14 lutego 2020 roku o zmianie niektórych ustaw w związku z promocją prozdrowotnych wyborów konsumentów (Dz.U. poz. 1492, z późn. zm.), wprowadziła opłaty od sprzedaży napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml, czyli tzw. małe pakiety.

Opłaty te stanowią w:

- a) 50% dochód gmin, na terenie których jest prowadzona sprzedaż napojów alkoholowych;
 - b) 50% przychód Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej NFZ)
- i mają wskazany cel ustawowy.

Zgodnie z art. 9³ ust. 4 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, „Gmina przeznaczająca środki, o których mowa w ust. 3 pkt 1, na działania mające na celu realizację lokalnej międzysektorowej polityki przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu”. Więcej o finansowaniu zadań z ww. opłat znajduje się w rozdziale II pkt. 6”.

Rozdział I

Diagnoza lokalnych problemów jako punkt wyjścia do opracowania gminnych programów

1.1. Wstęp

Punktem wyjścia do opracowania oraz monitorowania realizacji gminnych programów powinna być diagnoza problemów w zakresie alkoholu, innych substancji psychoaktywnych oraz uzależnień behawioralnych. Program powinien odnosić się do konkretnych problemów wskazanych w przeprowadzonej diagnozie. Warto pamiętać, że zarówno na poziomie indywidualnym, jak i w skali całej społeczności, problemy społeczne współwystępują ze sobą i układają się w charakterystyczne wiązki problemów. Kontekst innych problemów ma istotne znaczenie dla planowania i podejmowania działań we wszystkich wspomnianych obszarach, a także dla prognozowanych efektów tych działań. Niekiedy interwencja profilaktyczna zaplanowana dla ograniczenia występowania konkretnego problemu, ujęta w gminnym programie, może przyczynić się do rozwiązania także innych problemów. Na przykład ograniczenie spożycia alkoholu lub narkotyków może wpływać na poprawę sytuacji w zakresie porządku publicznego.

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

1.2. Dlaczego potrzebujemy diagnozy?

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

i adekwatne do potrzeb modyfikowanie gminnych programów oraz na dokonywanie porównań pomiędzy gminami. Przeprowadzenie diagnozy obejmuje następujące etapy:

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

W ramach diagnozy zbierane są przede wszystkim dane z istniejących źródeł, takich jak dokumenty, raporty i statystyki instytucji zajmujących się problemami związanymi z używaniem alkoholu i narkotyków. Źródłem ważnych informacji o problemie mogą być ponadto opinie ekspertów. Warto również wykorzystać lub zlecić badania na poziomie lokalnym, np. w szkołach. Jeśli jednak diagnoza zostanie oparta jedynie na wynikach badań ankietowych w szkołach, to stracimy możliwość otrzymania całościowej oceny sytuacji, która powinna uwzględniać również populację dorosłych mieszkańców gminy, używanie problemowe narkotyków czy picie alkoholu przez osoby dorosłe.

1.3. Dlaczego wskaźniki są ważne?

Najważniejsze cechy problemu powinny być obserwowane za pomocą wskaźników, które najczęściej wyrażone są wartością liczbową, taką jak np. liczba osób rozpoczynających leczenie z powodu uzależnienia od alkoholu z terenu gminy, odsetek 15–16-latków sięgających po alkohol w czasie ostatnich 30 dni przed badaniem itp. Dobór wskaźników wpływa na aspekty problemów, które będziemy diagnozować. Innymi słowy, opis problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych opiera się na monitorowaniu wybranych wskaźników, które są najbardziej charakterystyczne dla sytuacji w lokalnej społeczności.

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

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

1.4. Jakie są obszary diagnozy?

Opracowanie diagnozy nie powinno trwać zbyt długo, aby można było wykorzystać jej rezultaty w praktyce. Warto zaplanować jej realizację, mając na uwadze lokalne potrzeby i zasoby. Wiele informacji o problemach uzależnień jest dostępnych w postaci istniejących raportów, sprawozdań, wyników badań, rejestrów danych oraz baz danych. Również wiedza kluczowych informatorów – ekspertów pracujących w obszarze uzależnień – może być źródłem danych. Ocenę sytuacji w gminie warto rozpocząć od zidentyfikowania instytucji lub osób działających w obszarze przeciwdziałania

uzależnieniom na terenie gminy. Należy pamiętać o tym, że pierwszym krokiem w diagnozie problemu nie jest gromadzenie danych, ale stworzenie sieci współpracowników lub instytucji. Pracami nad diagnozą kieruje koordynator, któremu zdecydowanie łatwiej będzie koordynować mały zespół współpracowników. W ramach diagnozy budowana jest sieć specjalistów, którzy mają dostęp do niezbędnych dla nas informacji. Warto zaprosić do zespołu osoby pracujące z danymi, które mogą wygenerować potrzebne dane z istniejących baz lub rejestrów albo ekspertów, których wiedza, doświadczenie i opinie będą pomocne w przypadku braku ilościowych danych lub trudności w ich interpretowaniu. Osoby te pomogą nam również wybrać najważniejsze podmioty spośród interesujących nas instytucji. Liczba oraz rodzaj wskaźników ułatwią nam określenie zakresu diagnozy.

Zapobieganiem używaniu substancji psychoaktywnych i rozwiązywaniem problemów wynikających z ich używania zajmuje się na terenie gminy szereg instytucji, zarówno powołanych w tym celu (np. gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych, zwana dalej GKRPA), jak i takich, dla których kwestie związane z alkoholem czy narkotykami stanowią tylko część działalności (np. policja). Aby wykonać dobrą diagnozę, należy stworzyć listę instytucji oraz badań, które mogą być dla nas źródłem wskaźników. Dla przykładu, dane do wskaźników na poziomie lokalnym można pozyskać m.in. z takich instytucji jak: placówki lecznicze, w tym szpitale i Wojewódzkie Ośrodki Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia (WOTUiW), punkty konsultacyjne, stacje pogotowia ratunkowego i transportu sanitarnego, policja, urzędy miasta lub gminy, zespoły interdyscyplinarne ds. przeciwdziałania przemocy domowej, izby wytrzeźwień, organizacje pozarządowe, wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne, miejskie lub gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, ośrodki pomocy społecznej itp.

Warto rozważyć kontakt z innymi instytucjami na poziomie centralnym lub lokalnym, które mogą posiadać istotne dla nas dane. W celu porównania sytuacji z innym miastem lub gminą, możemy zwrócić się o dane do innej jednostki samorządu terytorialnego. Gminy corocznie raportują informacje dotyczące działalności samorządów gminnych w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w ramach PARPA-G1 (od 2023 roku: KCPU-G1). Dane przekazane w ankietach mogą być źródłem wskaźników, które posłużą do porównania sytuacji między gminami, oraz między gminą a sytuacją w całym kraju. Aby porównać sytuację między gminami warto zastosować wskaźniki na 10 lub 100 tysięcy mieszkańców lub dane przeliczone na osobę (np. liczba punktów sprzedaży napojów alkoholowych).

1.5. Metody ilościowe oraz jakościowe w diagnozie

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

wśród młodzieży lub dorosłych, a chcielibyśmy pogłębić i uzupełnić obraz zjawiska, jaki wygenerowaliśmy na podstawie danych ilościowych zebranych w gminie. Metody jakościowe mogą dać nam wiele interesujących informacji, a równocześnie umożliwiają przeprowadzenie analizy i weryfikację hipotez.

W opracowaniu diagnozy najczęściej stosowane są następujące techniki: wywiady indywidualne, wywiady grupowe, obserwacja uczestnicząca, analiza SWOT¹.

Oprócz wykorzystania technik badawczych, możemy przeprowadzić rozmowy z kluczowymi osobami.

1.6. Analiza danych

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

1.7. Kwestie etyczne

Omawiając stosowanie technik ilościowych i jakościowych w monitorowaniu lokalnym (szczególnie jeśli mówimy o pomiarach w niewielkich populacjach), należy pamiętać o podstawowej zasadzie: badanie nie może wpływać na sytuację osób badanych, a zwłaszcza nie może im szkodzić lub naruszać ich interesów. Dlatego też nie należy ujawniać wyników z ankiet na poziomie szkół czy klas. Warto ponadto wspomnieć o wymaganych zgodach w przypadku badania osób niepełnoletnich – zgody te muszą zostać wyrażone zarówno przez opiekunów, jak i dzieci. Kwestie etyczne są istotne dla rzetelności zbieranych danych. Naruszenie zasady anonimowości może doprowadzić do tego, że w kolejnym pomiarze spadek poziomu używania narkotyków czy alkoholu nie będzie efektem zmian w poziomie ich konsumpcji, ale skutkiem braku zaufania do osób prowadzących badanie (nieetycznie potraktowani respondenci nie udzielą po raz drugi szczerych odpowiedzi). Dane otrzymane w wyniku prowadzonych badań powinny być używane zgodnie z przeznaczeniem, czyli wyłącznie do analizy sytuacji na poziomie lokalnym. Niedopuszczalne jest wykorzystywanie badań do porównań między klasami czy szkołami. Dobrym przykładem troski o anonimowość respondentów są badania szkolne ESPAD². Badania te realizuje osoba spoza szkoły, a wypełnione ankiety uczniowie wkładają do kopert, następnie koperty zaklejają i oddają realizatorowi badania.

¹ Za: Wikipedia: SWOT – popularna heurystyczna technika służąca do porządkowania i analizy informacji. Nazwa jest akronimem od angielskich słów określających cztery elementy składowe analizy (*Strengths* – silne strony, *Weaknesses* – słabe strony, *Opportunities* – szanse, okazje i *Threats* – zagrożenia) (dostęp: 15.09.2023).

² ESPAD – the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

Rozdział II

Obszary priorytetowe

2.1. Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków

2.1.1. Wspieranie placówek leczenia uzależnień

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

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

Wśród placówek leczenia uzależnień realizujących programy psychoterapii osób uzależnionych wyróżnia się: poradnie leczenia uzależnień, oddziały dzienne leczenia uzależnień, oddziały całodobowe leczenia uzależnień to placówki leczenia uzależnień, w których nie są realizowane programy psychoterapii osób uzależnionych, oddziały leczenia zespołów abstynencyjnych, hostele dla osób uzależnionych.

Ważne!

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

2.1.2. Kto może prowadzić leczenie osób uzależnionych?

Zgodnie z art. 26 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leczenie osoby uzależnionej od narkotyków prowadzi podmiot leczniczy lub lekarz wykonujący zawód w ramach praktyki zawodowej. Natomiast art. 21 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi zawęża krąg podmiotów, które mogą prowadzić leczenie osób uzależnionych od alkoholu jedynie do podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej. Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 991, z późn. zm., dalej jako: ustawa o działalności leczniczej), podmiotami leczniczymi są:

1. przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 roku – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2023 r. poz. 221, z późn. zm.), we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej;
2. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej;
3. jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 roku o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 2527);
4. instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 roku o instytutach badawczych (Dz.U. z 2022 r. poz. 498, z późn. zm.);
5. fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej;
6. posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa w powyższym punkcie;
7. osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów ustaw: o stosunku państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania;
8. jednostki wojskowe:
 - w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

W kontekście osób uzależnionych od alkoholu, zgodne z prawem będzie przekazywanie środków publicznych jedynie podmiotom leczniczym, nie zaś na przykład osobom prowadzącym pielęgniarską lub lekarską praktykę zawodową czy też podmiotom niewpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

2.1.3. Podstawy prawne przekazywania środków finansowych podmiotom leczniczym

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

1. ustawy o działalności leczniczej lub
2. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm., dalej jako: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Ad. 1) Przekazywanie środków publicznych podmiotom prowadzącym działalność leczniczą na podstawie przepisów ustawy o działalności leczniczej.

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

1. 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;
2. remonty;
3. inne niż określone w pkt. 1 inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego;
4. realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) lub innych niż wymienione środków pochodzących ze źródeł zagranicznych, niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
5. cele określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych;
6. realizację programów wieloletnich;
7. pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne.

Ad. 2) Przekazywanie środków publicznych podmiotom prowadzącym działalność leczniczą na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zasady finansowania świadczeń gwarantowanych przez jednostki samorządu terytorialnego dla mieszkańców wspólnoty samorządowej określają art. 9a i 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Na podstawie przepisów ustawy o działalności leczniczej jednostki samorządu terytorialnego mogą przekazywać podmiotom leczniczym dotacje na ściśle określony cel, w tym inwestycje w nieruchomości, zakup aparatury medycznej, kształcenie kadry medycznej oraz prowadzenie programów profilaktycznych. Natomiast zgodnie z art. 9a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty **świadczenia gwarantowane**. Omawiane przepisy przyznają zatem jednostkom samorządu terytorialnego kompetencję do finansowania zakupu świadczeń gwarantowanych dla członków swojej wspólnoty samorządowej. Zakres świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzależnień wyznacza rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. z 2019 r. poz. 1285 z późn. zm., dalej jako: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień).

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewiduje, że omawiane finansowanie będzie się odbywać na podstawie umowy zawieranej pomiędzy jednostką samorządu terytorialnego a podmiotem leczniczym, przy czym pierwszeństwo zawierania takich umów przyznaje podmiotom leczniczym, dla których ta jednostka jest podmiotem tworzącym lub podmiotem leczniczym, będącym spółką kapitałową, w której jest jedynym albo większościowym udziałowcem, albo akcjonariuszem (art. 9b). Dopiero w przypadku, gdy na terenie danej jednostki samorządu terytorialnego nie byłoby podmiotu leczniczego, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie, dla którego ta jednostka jest podmiotem tworzącym lub podmiotem

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

Aby nie dochodziło do podwójnego finansowania tych samych świadczeń gwarantowanych zarówno przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jak i jednostkę samorządu terytorialnego, ustawa dopuszcza finansowanie przez jednostki samorządu terytorialnego świadczeń będących przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jedynie w zakresie wykraczającym poza kwotę zobowiązania, określoną w umowie (tzw. nadlimity). Ponadto nakłada obowiązek informowania przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, będący jednocześnie świadczeniodawcą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia o zawarciu takiej umowy z jednostką samorządu terytorialnego oraz obowiązek przekazywania kopii dokumentacji rozliczeniowej prowadzonej z tą jednostką. Jednym ze sposobów, w jakie samorządy gmin wspierają placówki leczenia uzależnień, jest sfinansowanie dodatkowych etatów terapeutycznych w placówkach. Należy przyjąć, że osoba zatrudniona w podmiocie leczniczym za pieniądze pochodzące z dotacji gminy nie powinna wykonywać świadczeń zakontraktowanych z Narodowym Funduszem Zdrowia, bowiem stwarza to zagrożenie podwójnego finansowania tych samych świadczeń. Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom rekomenduje jednostkom samorządu terytorialnego zakup dodatkowych świadczeń gwarantowanych w trybie wskazanym w art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do realizacji których podmiot leczniczy powinien zatrudnić dodatkowych terapeutów. Należy podkreślić, że ustawa nie nakłada na jednostki samorządu terytorialnego obowiązku finansowania świadczeń gwarantowanych dla członków swojej wspólnoty, a jedynie przyznaje im taką możliwość. Warto także zauważyć, że odmiennie niż ma to miejsce w przypadku finansowania przez jednostki samorządu terytorialnego programów polityki zdrowotnej, przekazywanie środków finansowych na realizację przez podmioty lecznicze świadczeń gwarantowanych w trybie wskazanym w art. 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie wymaga uzyskania opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Działania rekomendowane i nierekomendowane

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Zakup świadczeń grupowych oraz świadczeń indywidualnych (sesje indywidualne), w tym zakup świadczeń w ramach ponadpodstawowego programu terapii uzależnienia lub elementów brakujących do programu podstawowego, ponadpodstawowego i pogłębionego, tak aby pacjenci otrzymali zindywidualizowaną i kompleksową ofertę.	Skuteczność leczenia uzależnienia zależy w dużym stopniu od nieprzerwanego zaangażowania pacjentów w proces leczenia trwający do 24 miesięcy lub dłużej. Nie tylko czas trwania, ale przede wszystkim obszary pracy terapeutycznej decydują o kompleksowości i ciągłości opieki. W placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu na całość leczenia najczęściej składa się: ● program podstawowy (trwający od 6 do 8 tygodni w oddziałach całodobowych i dziennych lub ok. 6 miesięcy w placówkach ambulatoryjnych), którego celem jest rozpoznanie uzależnienia, zbudowanie motywacji do leczenia i podjęcia nauki życia na trzeźwo. Program ma formę oddziaływań grupowych oraz indywidualnych; ● programy ponadpodstawowe (realizowane w placówkach ambulatoryjnych): utrwalające zmianę i wspierające dalsze zdrowienie (tzw. programy pogłębione), trwające od czasu ukończenia programu podstawowego, od 12 do 18 miesięcy, których celem jest nauka zapobiegania nawrotom czynnego uzależnienia, nauka radzenia sobie z emocjami, z relacjami, z zadaniami życiowymi bez substancji psychoaktywnych oraz rozwój osobisty. Programy te mają formę oddziaływań grupowych oraz indywidualnych. W placówkach leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol program terapii nie zawsze ma tak wyraźną strukturę i jest ustalany w zależności od występujących u pacjentów zaburzeń związanych z używaniem substancji oraz zasobów pacjentów. Czas trwania leczenia w trybie całodobowym wynosi w ośrodkach krótko- i średnioterminowych od 10 do 32 tygodni, natomiast w ośrodkach długoterminowych zwykle do 12 miesięcy. Z wyjątkiem specyficznych, ustrukturalizowanych programów jak np. program CANDIS (skierowany do osób uzależnionych od przetworów konopi indyjskich, w którym z góry określona jest liczba 10 sesji – średnio jedna w tygodniu), czas trwania terapii w poradniach zwykle nie jest określony. W programach leczenia substytucyjnego realizowanych w poradniach terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych zakłada się, iż większość pacjentów może korzystać z programu do końca życia. Kierownicy placówek leczenia uzależnienia i jednostki samorządu terytorialnego powinni dążyć

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
	do sytuacji, w której placówki leczenia uzależnienia będą realizowały kompleksowy, spójny program terapeutyczny. Program ten, wraz z wyodrębnionymi celami dla każdego etapu terapii, określonymi typami zajęć i wskazanymi metodami osiągnięcia celów, powinien być dostępny w formie pisemnej w każdej placówce. Powinien także dostarczyć czytelnych informacji, jakiego typu zajęcia i w jakiej liczbie są przewidziane dla każdego pacjenta oraz kto (w odniesieniu do określonych kwalifikacji pracowników) będzie je realizował.

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
2. Zapewnienie oferty placówek dla osób niesłyszących pijących szkodliwie/uzależnionych od alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych.	Osoby niesłyszące uzależnione lub zagrożone uzależnieniem mają w Polsce wysoce ograniczoną możliwość skorzystania z oferty terapii w placówkach leczenia uzależnień. Głównym powodem jest bariera komunikacyjna. Specjaliści psychoterapii uzależnień nie mogą postawić diagnozy uzależnienia ani prowadzić terapii, ponieważ nie znają języka migowego. Obecnie osoby głuche mogą korzystać w bardzo ograniczonym zakresie z indywidualnych świadczeń psychoterapeutycznych, o ile zdecydują się (i będą miały szansę) pracować z tłumaczem. W celu zwiększenia dostępności oferty terapii dla osób niesłyszących w placówkach leczenia uzależnień rekomenduje się finansowanie usług tłumacza migowego, umożliwiających komunikację osoby głuchej z terapeutą. Dobierając tłumacza dla osoby głuchej, należy dowiedzieć się, jakim językiem posługuje się dana osoba, czy potrzebuje tłumacza PJM czy SJM.

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
3. Poszerzenie oferty placówek leczenia uzależnienia od alkoholu o programy ograniczania picia alkoholu: • zakup świadczeń (programów); • finansowanie szkoleń terapeutów w zakresie umiejętności pracy terapeutycznej ukierunkowanej na ograniczanie spożywania alkoholu przez pacjentów.	Znaczna część osób uzależnionych w chwili rozpoczynania leczenia nie akceptuje lub nie jest w stanie osiągnąć celu programów terapeutycznych, jakim jest poprawa jakości życia poprzez utrzymywanie abstynencji. Dlatego, zgodnie z rekomendacjami WHO, pacjenci powinni mieć możliwość skorzystania z alternatywnych programów, m.in. programów ograniczania spożywania alkoholu lub programów leczenia substytucyjnego (w przypadku uzależnienia od opioidów). Badania i doświadczenia specjalistów pracujących nad ograniczaniem picia osób uzależnionych dowodzą, że część pacjentów po pewnym czasie sama wybiera abstynencję. Ich leczenie jest wówczas znacznie bardziej efektywne niż w sytuacji, gdy uczestniczą w terapii, której cel został im narzucony. Programy ograniczania picia to oddziaływania indywidualne i/lub grupowe, nakierowane na wypracowanie zdyscyplinowanego wzoru konsumpcji alkoholu, zgodnego z ustalonym wspólnie z terapeutą planem picia, zawierającym zestaw zasad dotyczących używania alkoholu (ilość, częstość, kontekst, czas i miejsce). Są kierowane do osób z rozpoznaniem łagodniejszej formy uzależnienia oraz do osób pijących alkohol szkodliwie. Więcej informacji na stronie www.kcpu.gov.pl.
4. Zakup świadczeń w ramach programu CANDIS (w zależności od wyników diagnozy lokalnych potrzeb i zasobów).	CANDIS to indywidualny, krótkoterminowy program terapeutyczny dla osób doświadczających problemów z powodu używania marihuany lub haszyszu. W programie mogą uczestniczyć osoby powyżej 16. roku życia, które chciałyby ograniczyć lub zrezygnować z używania konopi. Program obejmuje z reguły 10 sesji trwających 90 minut każda, realizowanych w ciągu od 2 do 3 miesięcy i mających charakter indywidualnych rozmów z terapeutą.

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
5. Zakup programów pomocy psychologicznej i psychoterapii dla osób doświadczających przemocy i osób stosujących przemoc domową.	W rodzinach z problemem uzależnienia nierzadko dochodzi do przemocy. Osoby uzależnione mogą stosować przemoc, a także doświadczać przemocy. Dlatego niezwykle istotne jest, aby w placówkach leczenia uzależnień była prowadzona wstępna diagnoza zjawiska przemocy domowej u wszystkich nowych pacjentów (uzależnionych oraz ich bliskich) oraz by placówki leczenia uzależnień na terenie gminy poszerzały swoje oferty o programy terapii dla osób stosujących przemoc oraz programy terapii dla osób doświadczających przemocy domowej. Warto zadbać o szkolenia z zakresu przemocy domowej dla pracowników ww. placówek oraz o zapewnienie im dostępu do najnowszej literatury dotyczącej przeciwdziałania przemocy domowej (zakup publikacji do bibliotek placówek).
6. Finansowanie pracy konsultanta programu terapeutycznego.	W przypadku zespołu składającego się z osób dopiero rozpoczynających zdobywanie kwalifikacji zawodowych, zwłaszcza w placówce, w której nie ma opracowanego programu terapeutycznego, użyteczne jest sfinansowanie usług konsultacyjnych specjalisty psychoterapii uzależnień, mającego doświadczenie w kierowaniu placówką leczenia uzależnień i wdrażaniu programów terapeutycznych. Konsultant pomoże stworzyć program terapeutyczny i przygotować zespół placówki do jego realizacji. Konsultant powinien posiadać następujące kwalifikacje: ● certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień lub dyplom specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień; ● doświadczenie na stanowisku kierowniczym w placówce terapii uzależnień; ● doświadczenie w udzielaniu konsultacji placówkom terapii uzależnień.
7. Dofinansowanie remontu i adaptacji placówek w celu dostosowania warunków materialnych i lokalowych do prowadzenia terapii.	Warunkiem niezbędnym do efektywnego prowadzenia terapii jest posiadanie lokalu wyposażonego w odpowiednią liczbę sal do sesji psychoterapii grupowej i gabinetów do prowadzenia sesji psychoterapii indywidualnej. Podstawą w tym zakresie powinno być posiadanie co najmniej dwóch sal do terapii grupowej i dwóch gabinetów do spotkań indywidualnych oraz pokoju do rejestracji, pokoju dostosowanego do badań lekarskich, a także oddzielnych sanitariatów dla personelu i pacjentów, w tym toalety dostosowanej do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Pomieszczenia powinny spełniać normy określone ogólnymi przepisami dla podmiotów

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
	wykonujących działalność leczniczą. Układ pomieszczeń musi zapewniać pacjentom dyskrecję i komfort psychiczny. Wszystkie placówki leczenia uzależnienia (ambulatoryjne i całodobowe) powinny być dostosowane do przyjęcia pacjentów z niepełnosprawnością fizyczną.
8. Doposażenie placówek leczenia uzależnień.	Do realizacji zadań statutowych placówki leczenia uzależnienia potrzebne jest wyposażenie placówki w podstawowe meble oraz sprzęt.
9. Tworzenie nowej placówki leczenia uzależnień przez gminę lub związek gmin.	W miastach liczących powyżej 25 tys. mieszkańców oraz tam, gdzie czas dojazdu mieszkańców do poradni publicznym środkiem transportu przekracza 1 godzinę, warto, aby rada gminy (związek gmin) rozważyła pomysł utworzenia ambulatoryjnej placówki terapii uzależnienia. Należy zaznaczyć, że zapisy ustawy o działalności leczniczej dopuszczają pełnienie przez jednostkę samorządu terytorialnego funkcji organu tworzącego placówkę. Zgodnie z art. 6 ust. 2 ww. ustawy może być ona utworzona jedynie w formie jednostki budżetowej, spółki kapitałowej bądź samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Należy podkreślić, że utworzenie podmiotu leczniczego musi być poprzedzone uzyskaniem pozytywnej opinii o celowości inwestycji, o której mowa w art. 95d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Nie są rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Finansowanie 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 2023 r. poz. 901 z późn. zm., dalej jako: ustawa o pomocy społecznej), zgodnie z którym do obowiązkowych zadań własnych gminy z zakresu pomocy społecznej należy przyznawanie zasiłków celowych w formie biletu kredytowanego. Środki w ramach realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii nie mogą być przeznaczone na finansowanie pomocy materialnej dla osób uzależnionych oraz członków ich rodzin. Jest to zadanie placówek pomocy społecznej.

Nie są rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
2. Prowadzenie przez punkty konsultacyjne psychoterapii uzależnień.	Prowadzenie psychoterapii osób uzależnionych jest zbiorem świadczeń zdrowotnych, a te udzielane są wyłącznie przez podmioty prowadzące działalność leczniczą.

2.1.4. Dofinansowanie placówek leczenia uzależnień w zakresie kształcenia oraz doskonalenia zawodowego pracowników

Gmina powinna dofinansowywać szkolenia terapeutów odbywające się w ramach zdobywania kwalifikacji zawodowych oraz doskonalenia zawodowego pracowników placówek leczenia uzależnień. Podstawą dofinansowania jest zapis w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii.

Ważne!

Zespół terapeutyczny powinien mieć charakter interdyscyplinarny i składać się ze specjalistów psychoterapii uzależnień, lekarzy, psychologów, psychoterapeutów oraz instruktorów terapii uzależnień. W całodobowych oddziałach terapeutycznych lub w oddziale leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych w skład zespołu terapeutycznego wchodzi także pielęgniarki, a niekiedy również pracownicy socjalni. Odrębne miejsce w zespole zajmuje psycholog, którego zadaniem jest np. dokonywanie pogłębionej diagnozy psychologicznej czy podejmowanie interwencji kryzysowych.

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

Działania rekomendowane i nierekomendowane

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Dofinansowanie szkolenia pracowników placówek leczenia uzależnień w zakresie uzyskania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, instruktora terapii uzależnień oraz w zakresie uzyskiwania dyplomu specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień.	Ustawa z dnia 17 grudnia 2021 roku o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym i niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2021 r. poz. 2469, z późn. zm.), wprowadziła specjalizację w dziedzinie psychoterapii uzależnień, która prowadzona będzie zgodnie z przepisami ustawy z dnia 24 lutego 2017 roku o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2023 r. poz. 506, z późn. zm.). Jednostką, która przejmie obowiązki podmiotu nadzorującego szkolenie jest Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, którego dyrektor będzie udzielał akredytacji do prowadzenia szkoleń podmiotom

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
	zewnątrznym. KCPU niezwłocznie zamieści na swojej stronie internetowej informację o uruchomieniu szkoleń specjalizacyjnych. W związku z wprowadzeniem specjalizacji w dziedzinie psychoterapii uzależnień zamknięte zostały nabory studentów na szkolenia w ścieżkach szkoleniowych prowadzonych dotychczas przez KBPN oraz przez PARPA (aktualnie KCPU). Szkolenia te mogą być kontynuowane jedynie przez osoby będące w ich trakcie, natomiast egzaminy dla kandydatów na specjalistów psychoterapii uzależnień oraz instruktorów terapii uzależnień będą przeprowadzane przez KCPU odpowiednio: • w ścieżce szkolenia prowadzonej dotychczas przez PARPA do końca 2024 roku; • w ścieżce szkolenia prowadzonej dotychczas przez KBPN do końca 2025 roku. Certyfikaty specjalisty psychoterapii uzależnień oraz instruktora terapii uzależnień, wydane przez dyrektora PARPA lub dyrektora KBPN, lub dyrektora KCPU, zachowują swoją moc. Zapisy ustawy z dnia 17 grudnia 2021 roku o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym i niektórych innych ustaw stanowią, że certyfikaty specjalisty psychoterapii uzależnień wydane przez dyrektora PARPA lub dyrektora KBPN, lub dyrektora KCPU są równoważne z dyplomem specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień.
2. Dofinansowanie przez samorząd terytorialny doskonalenia zawodowego pracowników placówek leczenia uzależnienia.	Poza udziałem w obligatoryjnych szkoleniach prowadzących do uzyskania certyfikatów, terapeuci uzależnień, psycholodzy oraz lekarze powinni uczestniczyć w konferencjach, szkoleniach, treningach, warsztatach doskonalących ich umiejętności zawodowe. Jest to szczególnie ważne wobec dynamicznie rozwijającej się wiedzy w obszarze leczenia uzależnień.
3. Finansowanie superwizji pracy terapeutów w placówce leczenia uzależnień.	Superwizja jest najlepszą formą doskonalenia zawodowego oraz przeciwdziałania niewłaściwym praktykom klinicznym i naruszeniom zasad etyki zawodowej terapeutów. Mogą ją prowadzić osoby wpisane na listę superwizorów psychoterapii uzależnień, prowadzoną przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

2.1.5. Zwiększanie dostępności działań prowadzonych poza placówkami leczenia uzależnień na rzecz osób problemowo używających substancji oraz osób uzależnionych.

Działania rekomendowane i nierekomendowane

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Wspieranie działań na rzecz rozwiązywania problemów alkoholowych w domach pomocy społecznej: a) finansowanie szkoleń dla pracowników DPS-ów z zakresu rozpoznawania problemów alkoholowych oraz używania innych substancji psychoaktywnych (głównie benzodiazepin), motywowania osób nadużywających substancji psychoaktywnych do ograniczenia lub zaprzestania picia/używania, a osób uzależnionych do podjęcia leczenia uzależnienia, a także wspierania abstynencji osób, które ukończyły terapię w placówkach leczenia uzależnień i powróciły do swoich placówek opiekuńczych; b) finansowanie dyżurów terapeutów, którzy mogą w DPS-ach konsultować osoby pijące alkohol problemowo lub nadużywające innych substancji, prowadzić grupy wsparcia dla osób uzależnionych, które ukończyły leczenie w całodobowych oddziałach terapii uzależnień oraz realizować zajęcia dla tych mieszkańców, którzy z racji niepełnosprawności, nie mogą skorzystać z pomocy placówek leczenia uzależnień.	Używanie i nadużywanie alkoholu przez niektóre osoby zamieszkujące domy pomocy społecznej stwarza poważne wyzwanie 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. Osoby przebywające w DPS-ach niekiedy doświadczają także problemów wynikających z nadużywania leków, w szczególności z grupy benzodiazepin. Dlatego szkolenia kierowane do pracowników DPS-ów powinny uwzględniać ten aspekt problemu używania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol.

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
2. Zapobieganie problemom wynikającym z picia alkoholu przez osoby starsze.	Picie alkoholu przez osoby starsze pociąga za sobą poważne ryzyko szkód zdrowotnych. W ich przypadku picie alkoholu może nasilić istniejące problemy zdrowia fizycznego i psychicznego. Optymalnym zaleceniem dla osób starszych w zakresie spożywania alkoholu jest abstynencja, zwłaszcza wtedy, gdy są one chore i przyjmują jakiekolwiek leki. Samorząd gminy może wspierać finansowo następujące działania: ● uświadamianie osobom starszym, ich rodzinom i osobom zawodowo opiekującym się osobami starszymi ryzyka spożywania alkoholu w starszym wieku jako istotny element edukacji publicznej; ● informowanie w szerokim zakresie o zagrożeniach związanych z używaniem alkoholu w starszym wieku; ● uczenie profesjonalistów (pracowników ochrony zdrowia, pomocy społecznej, działaczy organizacji pozarządowych) umiejętności rozpoznawania wzorów używania alkoholu, motywowania osób starszych do abstynencji lub ograniczenia picia oraz uwzględnienia specyfiki wynikającej z wieku i możliwości starszych pacjentów w leczeniu odwykowym.

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
3. Dofinansowanie programów postrehabilitacyjnych i aktywizacji społeczno-zawodowej.	Postrehabilitacja to działania kierowane przede wszystkim do osób uzależnionych po zakończonym w placówce procesie leczenia, ale także do osób, które nie ukończyły pełnego procesu terapii, jednak utrzymują abstynencję, a także do osób pozostających w trakcie leczenia substytucyjnego lub innych osób z problemem uzależnienia pragnących podjąć działania na rzecz poprawy swojego funkcjonowania społecznego. Celem tych działań jest powrót osób uzależnionych do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie, podjęcie pracy, pełnienie ról społecznych, a także utrzymanie efektów terapii. Programy te realizowane są głównie przez zajęcia zapewniające wsparcie psychologiczne, terapię podtrzymującą (np. w ramach grup zapobiegania nawrotom), naukę usamodzielniania się (nauka zawodu, uzupełnianie braków w wykształceniu, kursy, szkolenia, zatrudnienie socjalne itp.). Działania te realizowane są w hostelach i mieszkaniach readaptacyjnych (rekomenduje się ich dofinansowywanie), a także w placówkach ambulatoryjnych. Na tym etapie zdrowienia ważne są także działania pomocowe skierowane do osób zadłużonych, u których problem zadłużenia powiązany jest ze współwystępującym problemem uzależnienia od alkoholu lub narkotyków. Zalecana forma pomocy obejmuje dostosowaną indywidualnie do potrzeb pomoc psychologiczną i prawną, ukierunkowaną na wyjście z zadłużenia i kontynuację terapii uzależnień.
4. Działania z zakresu redukcji szkód: ● Partyworking – forma pracy wykonywana w miejscach rekreacji i wypoczynku: klubach, dyskotekach, podczas imprez masowych, koncertów. Ma na celu zwiększenie bezpieczeństwa uczestników oraz zmniejszenie zagrożeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.	Działania z zakresu redukcji szkód należą do obszaru wsparcia niskoprogowego. W miejscach wsparcia niskoprogowego podstawową i doraźną pomoc mogą otrzymać wszyscy potrzebujący, niezależnie od posiadanego ostatniego stałego miejsca zameldowania. Do tych placówek interwencyjnych przyjmowane są także osoby pod wpływem alkoholu oraz osoby będące pod wpływem innych substancji psychoaktywnych, chore lub z zaburzeniami psychicznymi. Może być to wsparcie interwencyjne, krótkotrwałe lub długotrwałe (np. w przypadku programów wymiany igieł i strzykawek).

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
● Streetworking – praca prowadzona na ulicy, polegająca na dotarciu z pomocą w miejsce przebywania klienta (jak np. pedagogika ulicy). Metoda ta umożliwia pomaganie ludziom dotychczas izolowanym, odrzucanym i wykluczonym. Pozwala na docieranie ze wsparciem do wielu wykluczonych grup społecznych, m.in. „dzieci ulicy”, osób sprzedających usługi seksualne (tzw. sex-workerów), osób uzależnionych nieleczących się, osób w kryzysie bezdomności – w miejscach ich przebywania (tj. na ulicach, działkach, w miejscach niemieszkalnych, wybranych dzielnicach miast). W wielu większych miastach dodatkowo w sezonie zimowym wykorzystuje się alternatywny sposób wsparcia osób uzależnionych w postaci organizowania objazdowej pracy streetworkerskiej (np. Autobus SOS) – osoby mogą otrzymać tu wsparcie w postaci ciepłego posiłku, odzieży, pomocy pracownika socjalnego, streetworkera oraz doraźną pomoc medyczną. ● Centrum Redukcji Szkód – to miejsce, gdzie kompleksowo realizuje się programy mające na celu poprawę jakości życia osób używających substancji psychoaktywnych, dla których celem terapii nie jest abstynencja. Główne działania stosowane w ramach polityki redukcji szkód w tego typu miejscach to: – programy wymiany igieł i strzykawek lub zapewnienie stałego dostępu do środków dezynfekcyjnych; – programy rozdawnictwa prezerwatyw; – programy edukacyjno-informacyjne; – programy profilaktyki zdrowotnej (szczepienia profilaktyczne, testowanie w kierunku zakażeń krwiopochodnych HIV, HBV, HCV); – programy pomocy kryzysowej, w tym doradztwo socjalne oraz prawne.	

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
● Świetlice dziennego przebywania osób uzależnionych (tzw. drop-in) – to miejsca, gdzie osoba uzależniona, niezmotywowana do podjęcia leczenia może m.in. otrzymać sterylny sprzęt do iniekcji, porozmawiać z osobą dyżurującą w świetlicy na temat swoich bieżących problemów, zjeść ciepły posiłek, mieć opatrzoną ranę, a także spędzić czas wśród innych ludzi, zagospodarować czas „wolny” (np. skorzystać z TV, gier planszowych, komputera). Ponadto w „drop-inach” osobom uzależnionym przekazywana jest informacja na temat redukcji szkód zdrowotnych związanych z destrukcyjnym trybem życia, jaki te osoby prowadzą (profilaktyka przedawkowania substancji psychoaktywnych, profilaktyka HIV/AIDS oraz innych chorób zakaźnych, informacje na temat szczególnie niebezpiecznych substancji na rynku oraz szczególnie niebezpiecznego mieszania substancji itd.). Niektóre świetlice „drop-in” prowadzą także darmowe poradnictwo prawne, socjalne, aktywizację zawodową czy konsultacje lekarza psychiatry. „Drop-in” jest formą wsparcia podobną do centrum redukcji szkód (opisanego powyżej), tylko z mniej kompleksową ofertą. ● Noclegownie dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych – noclegownie przyjmują osoby uzależnione, także będące pod wpływem substancji psychoaktywnych, o ile jest z nimi kontakt i nie zachowują się w sposób agresywny. W niektórych tego typu placówkach, poza noclegiem, można także otrzymać sterylny sprzęt do iniekcji, napić się herbaty czy kawy, a także porozmawiać o swoich bieżących problemach z osobą dyżurującą. Podobnie jak w przypadku wszystkich działań niskoprogowych skierowanych do osób uzależnionych (realizowanych czy to w centrach redukcji szkód, „drop-inach” czy na ulicy), klientom nie stawia się warunku utrzymywania abstynencji, niemniej jednak pracownicy noclegowni starają się zmotywować beneficjentów do zmiany trybu życia na mniej szkodliwy, a w niektórych przypadkach nawet do podjęcia leczenia uzależnienia (np. leczenia substytucyjnego).	

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
5. Prowadzenie punktów informacyjno-konsultacyjnych.	Rekomenduje się tworzenie punktów konsultacyjnych w tych gminach, w których nie ma placówek leczenia odwykowego lub dostęp do nich jest w jakiś sposób utrudniony, np. ze względu na dużą odległość lub utrudniony dojazd. Warto podkreślić, że priorytetem gminnego programu jest wspieranie w pierwszej kolejności rozwoju profesjonalnych programów terapii uzależnienia w placówkach leczenia uzależnienia, a dopiero później tworzenie punktów konsultacyjnych. Podstawowe zadania punktu konsultacyjnego to: ● 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 oraz osób używających narkotyków do zmiany zachowania; ● udzielanie wsparcia osobom po zakończonym procesie terapii uzależnień (np. przez rozmowy podtrzymujące, uruchomienie przy punkcie konsultacyjnym grupy wsparcia); ● rozpoznanie zjawiska przemocy domowej, udzielenie informacji o możliwościach powstrzymania przemocy, stosownego wsparcia i pomocy; ● inicjowanie interwencji w przypadku diagnozy przemocy domowej; ● gromadzenie aktualnych informacji na temat dostępnych miejsc pomocy i kompetencji poszczególnych służb i instytucji z terenu gminy, które powinny być włączone w systemową pomoc dla rodziny. Ważne, aby zadbać o kompetencje konsultantów punktów interwencji kryzysowej. Dlatego rekomenduje się zatrudnienie na kilka godzin w tygodniu specjalisty psychoterapii uzależnień, który pracuje w placówce leczenia uzależnień. Z uwagi na posiadaną wiedzę specjalista jest przygotowany do profesjonalnego poradnictwa dla osób uzależnionych i ich rodzin. Jeżeli trudno jest pozyskać osobę posiadającą certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień, można zatrudnić osobę w procesie szkolenia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień.

2.2. Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe i narkotykowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą domową

2.2.1. W zakresie psychoterapii dla dorosłych członków rodzin z problemami wynikającymi z używania alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych

Nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych przez jednego z członków rodziny destabilizuje funkcjonowanie całego systemu rodzinnego, rodzi poważne problemy, jest przyczyną cierpienia dorosłych i dzieci. Często to rodziny osób pijących/używających szkodliwie substancji psychoaktywnych i uzależnionych zgłaszają się do różnych instytucji udzielających pomocy z oczekiwaniem zmotywowania bliskich im osób do podjęcia leczenia z powodu uzależnienia. Ważnym zadaniem osób pomagających jest kompleksowa diagnoza sytuacji rodziny, zaoferowanie pomocy zarówno rodzinie jako całemu systemowi, jak i poszczególnym jej członkom.

Działania rekomendowane i nierekomendowane

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Praca terapeutyczna z rodziną oraz parą z problemem uzależnienia: • zakup świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu terapii dla rodzin/par z problemem uzależnienia; • pokrycie kosztów dodatkowych szkoleń dla pracowników placówek leczenia uzależnień w tym zakresie.	Istotne z punktu widzenia trwałości i jakości życia rodziny z problemami wynikającymi z używania substancji psychoaktywnych jest objęcie pomocą terapeutyczną całej rodziny. Wskazane jest, aby placówki leczenia uzależnienia organizowały sesje rodzinne i spotkania konsultacyjne dla rodzin, a na dalszych etapach leczenia terapię par, terapię rodzinną lub wybrane treningi zachowań, np. komunikacji rodzinnej, umiejętności wychowawczych, budowania bliskości.
2. Programy psychoterapii dla partnerów osób uzależnionych – zakup świadczeń opieki zdrowotnej z tego zakresu dla osób cierpiących z powodu rodzinnych obciążeń wynikających z nadużywania alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych we wszystkich poradniach, w których dostępność tych świadczeń jest niewystarczająca.	Konsekwencją życia z partnerem nadużywającym alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych mogą być niekonstruktywne sposoby przystosowania się do sytuacji problemowej. Koncentrując się na ograniczeniu picia i używania innych substancji psychoaktywnych przez partnera, osoba bliska nieświadomie przejmuje odpowiedzialność i kontrolę nad jego funkcjonowaniem, co w efekcie utrudnia jej konstruktywne rozwiązanie problemów. W efekcie zaistniałej sytuacji rodzinnej u osób będących w bliskiej relacji z osobą uzależnioną mogą wystąpić nasilone problemy zdrowotne: zaburzenia psychosomatyczne, emocjonalne, stresowe lub zaburzenia adaptacyjne. Programy pomocy terapeutycznej dla tych osób najczęściej są realizowane w poradniach leczenia uzależnień.

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
3. Pomoc psychologiczna i psychoterapia dla osób dorosłych wychowywanych w rodzinach z problemami uzależnień: • zakup świadczeń opieki zdrowotnej (np. psychoterapii, grup rozwoju osobistego); • finansowanie szkoleń podnoszących kompetencje specjalistów psychoterapii uzależnień w tym obszarze.	Efektom doświadczeń wyniesionych z życia w rodzinie z problemem alkoholowym (a także narkotykowym) mogą być utrwalone schematy zachowań i reakcji emocjonalnych, które utrudniają osiągnięcie zadowolenia i satysfakcji życiowej, a zwłaszcza nawiązywanie bliskich relacji z innymi ludźmi w dorosłym życiu. Powstały na tym tle zespół zaburzeń przystosowania nazywany potocznie syndromem dorosłego dziecka alkoholika (DDA). Nie wszystkie osoby wychowujące się w rodzinie z uzależnieniem doświadczają nasilonych trudności w swoim funkcjonowaniu. Większość dobrze sobie radzi w dorosłym życiu, a jeśli przeżywa trudności – skutecznie je pokonuje bez pomocy specjalistów. Natomiast część tych osób, doświadczająca nasilonych zaburzeń w funkcjonowaniu intrapsychicznym i interpersonalnym, wymaga profesjonalnej pomocy, która może przybierać różne formy, w zależności od indywidualnej sytuacji i potrzeb. Może to być: edukacja, poradnictwo, interwencja kryzysowa, pomoc psychologiczna w rozwoju osobistym, motywowanie do podjęcia psychoterapii (pomoc o charakterze krótkotrwałym), psychoterapia (krótko- i średnioterminowa). Zatem nie każde działanie kierowane do tej grupy osób jest psychoterapią i wymaga specjalnych uprawnień zawodowych. W przypadku konieczności zastosowania psychoterapii powinna być ona prowadzona przez psychoterapeutów lub osoby w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatów szkół psychoterapeutycznych. Inne formy pomocy psychologicznej dla tych osób mogą realizować specjaliści psychoterapii uzależnień, zwłaszcza ci, którzy ukończyli dodatkowo specjalistyczne szkolenia dotyczące udzielania pomocy w tym zakresie.

2.2.2. Praca z dziećmi z rodzin z problemem alkoholowym oraz narkotykowym

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

Od 2011 roku obowiązuje Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 1426, z późn. zm., dalej jako: ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej), która reguluje tworzenie i działalność placówek wsparcia. Od tego czasu wszystkie działające na terenie kraju świetlice dla dzieci z grupy ryzyka powinny działać w formie placówek wsparcia dziennego, na zasadach określonych w przepisach ww. ustawy. Przepisy te zostały wprowadzone m.in. po to, aby umożliwić pracę z dziećmi w odpowiednich warunkach – w miejscach spełniających kryteria lokalowe, sanitarne, przeciwpożarowe itp., a także w instytucjach dysponujących wykwalifikowanym personelem.

Warunki lokalowe placówek wsparcia dziennego określa rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 13 października 2015 roku w sprawie wymagań lokalowych i sanitarnych, jakie musi spełniać lokal, w którym ma być prowadzona placówka wsparcia dziennego (Dz.U. z 2015 r. poz. 1630.)

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

Działania rekomendowane i nierekomendowane

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Realizacja działań podnoszących kompetencje i wspierających osoby pracujące w obszarze wsparcia psychologicznego dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym/problemem używania innych substancji psychoaktywnych, w tym finansowanie/dofinansowanie: • szkoleń i kursów specjalistycznych w zakresie pracy z dziećmi i rodzinami z problemem alkoholowym, problemem używania innych substancji psychoaktywnych lub problemem przemocy oraz w zakresie prowadzenia zajęć socjoterapeutycznych;	W ramach gminnych programów należy dbać o systematyczne podnoszenie kwalifikacji osób, które w swojej pracy zawodowej spotykają się z dziećmi i rodzinami z problemem uzależnień (nauczyciele, pracownicy socjalni, pedagodzy szkolni, asystenci rodzinni, kuratorzy). W szkoleniach i kursach specjalistycznych mogą brać udział pedagodzy, psychologowie, nauczyciele, wychowawcy, zatrudnieni w placówkach wsparcia dziennego lub deklarujący gotowość podjęcia takiej pracy. Superwizje i konsultacje – jako formy merytorycznego i psychologicznego wsparcia – mogą w znaczący sposób podnieść jakość pracy i przełożyć się na większą skuteczność realizowanych działań oraz przeciwdziałać wypaleniu zawodowemu wychowawców. Zakres pracy w placówce wsparcia dziennego zdecydowanie wykracza poza doświadczenie pracy w systemie edukacji i wymaga dodatkowych szkoleń – nie wystarczy być nauczycielem, by pracować w takiej placówce. Należy mieć na uwadze, że założenia pracy z dziećmi z rodzin z problemem alkoholowym obejmują m.in.: • sporządzanie diagnozy indywidualnej dziecka oraz jego sytuacji rodzinnej i szkolnej; • prowadzenie zajęć socjoterapeutycznych zgodnie z programem przygotowanym dla całej grupy i diagnozą indywidualną dzieci;

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
● superwizji lub konsultacji dla wychowawców udzielających pomocy psychologicznej dzieciom i rodzinom z problemem alkoholowym/ problemem używania innych substancji psychoaktywnych/ problemem przemocy w rodzinie; ● lokalnych narad, seminariów i konferencji w zakresie wdrażania systemu pomocy dziecku i rodzinie z problemem alkoholowym i innymi uzależnieniami; ● badań ewaluacyjnych programów pomocy dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym/problemem używania innych substancji psychoaktywnych oraz programów profilaktycznych mających na celu rozwój psychospołecznych umiejętności dzieci.	● pracę ze stałymi grupami dzieci; ● pracę z dziećmi w kontakcie indywidualnym; ● przygotowanie i realizację indywidualnych programów rozwojowo-terapeutycznych dla dzieci. W planach tych warto uwzględniać włączanie dzieci w działania różnorodnych kół zainteresowań, grup rozwojowych, w zajęcia pozalekcyjne i pozaszkolne – zgodnie z ich predyspozycjami i zainteresowaniami; ● prowadzenie dokumentacji pracy z dzieckiem zgodnej z charakterem placówki (dokumentacja diagnozy, planów i realizacji indywidualnych i grupowych zajęć z dziećmi wraz z ich osiągnięciami); ● współpracę z rodziną dziecka; ● współpracę z instytucjami, które mogą pomóc rodzinie w rozwiązaniu jej problemów (np. GKRPA, szkoła, ośrodek pomocy społecznej, sąd rodzinny, powiatowe centrum pomocy rodzinie, asystent rodziny itp.). Niezwykle istotny jest wymóg współpracy z wychowawcami klas, pedagogami szkolnymi i nauczycielami uczącymi dzieci, zwłaszcza tych przedmiotów, które sprawiają dzieciom trudności. Aby zwiększyć efektywność pomocy, konieczna jest wymiana informacji na temat sytuacji szkolnej dziecka, jego obecności w szkole, relacji z rówieśnikami, postępów w nauce itp.; ● korzystanie z regularnych konsultacji lub superwizji dotyczących pracy placówki; ● monitorowanie/prowadzenie ewaluacji realizowanych programów pracy z dziećmi.

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
2. Realizacja działań z obszaru wsparcia psychologicznego dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym/problemem używania innych substancji psychoaktywnych, w tym finansowanie/dofinansowanie: • funkcjonowania specjalistycznych i opiekuńczych placówek wsparcia dziennego realizujących programy z obszaru wsparcia psychologicznego dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym/problemem używania innych substancji psychoaktywnych (koszty związane z prowadzeniem placówek); • zatrudnienia pracowników merytorycznych w placówkach wsparcia dziennego realizujących zadania określone w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii; • programów realizowanych przez specjalistyczną i opiekuńczą placówkę wsparcia dziennego, czyli kosztów wykraczających poza etaty wychowawców, np. związane z wyjazdami, dodatkowymi materiałami do pracy itd.;	Istotne jest zapewnienie ciągłości realizowanych programów oraz zabezpieczenie środków na ich finansowanie/dofinansowanie (również wynagrodzeń nie tylko w formie umów zleceń, ale również etatów). Należy dążyć do zapewnienia odpowiedniej jakości realizowanych programów, do utrzymania kadry prowadzącej, podnoszenia kwalifikacji pracowników, budowania poczucia bezpieczeństwa dzieci, możliwości pracy zarówno z grupą, jak i pracy indywidualnej z dzieckiem (a więc – jeżeli to możliwe – podział na grupy wiekowe, niewielka liczba dzieci w grupie, dwóch prowadzących zajęcia).

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
- o obozów/wyjazdów z programem socjoterapeutycznym, będących integralnym elementem całorocznego programu pracy placówki; - o dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych, jeżeli nie ma możliwości finansowania tego zadania ze środków OPS.	
3. Realizacja działań podnoszących kompetencje i wspierających rodziców dzieci z rodzin z problemem alkoholowym/problemem używania innych substancji psychoaktywnych, w tym finansowanie/dofinansowanie: - o warsztatów/szkoleń rozwijających umiejętności wychowawcze dla rodziców/dziadków/opiekunów; - o włączania rodziców w elementy programu realizowanego z dziećmi, zarówno te realizowane w formie stacjonarnej, jak i wyjazdowej (obozy, wycieczki), aktywności wykonywane wspólnie przez rodziców z dziećmi; - o programów związanych ze wsparciem rodziców w ich sytuacji życiowej, społecznej (poradnictwo, konsultacje).	Pomoc dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym/problemem używania innych substancji psychoaktywnych docelowo powinna obejmować pomoc całej rodzinie. Włączanie w proces zmian rodzeństwa, rodziców, innych ważnych bliskich osób dla dziecka będzie wzmacniać pozytywne efekty w jego funkcjonowaniu. Programy rozwijające umiejętności wychowawcze rodziców muszą być dostosowane do wieku rozwojowego dziecka oraz wzmacniać umiejętności rodziców, m.in. takie jak: porozumiewanie się z dziećmi oparte na wzajemnym zaufaniu i szacunku, konstruktywne rozwiązywanie konfliktów z dziećmi, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa (psychicznego i fizycznego), ustalanie i respektowanie zasad. Współpraca z rodziną dziecka ma na celu m.in.: – diagnozę sytuacji rodzinnej, – rozwiązywanie problemów rodziny oraz realizację indywidualnych planów pomocy rodzinie (np. motywowanie osoby uzależnionej lub osoby bliskiej osoby uzależnionej do podjęcia terapii), – omawianie postępów dziecka w procesie socjoterapii, szukanie możliwości wsparcia tych zmian w środowisku rodzinnym/domowym; – organizację zajęć grupowych dla rodziców czy warsztatów w zakresie doskonalenia umiejętności wychowawczych.

Nie są rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Realizacja programów skupionych jedynie na pomocy w odrabianiu lekcji i zapewnieniu bezpiecznego miejsca np. do czasu odebrania przez opiekuna.	Różnego rodzaju świetlice szkolne niestety nie zapewniają zwykle pomocy psychologicznej i nie realizują zadań, które z punktu widzenia gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii są najbardziej istotne.
2. Realizacja programu profilaktycznego, który uzyskał rekomendację w ramach <i>Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego</i> jako jedynego i głównego programu w placówce.	Realizacja programu profilaktycznego, który uzyskał rekomendację jako głównego i jedynego działania, nie odpowiada na potrzeby dzieci i młodzieży zagrożonej rozwojem zachowań ryzykownych lub wystąpieniem zaburzeń zdrowia psychicznego. Program ten może być ważnym elementem pracy placówki, ale jednak nie powinien być kojarzony z całościowym programem jej pracy. Zakres pracy placówki wsparcia dziennego zgodnie ze standardami pomocy dzieciom i młodzieży z grup ryzyka obejmuje dużo szerszy zakres: pomoc psychologiczna, pedagogiczna, praca socjoterapeutyczna, działania dostosowane do potrzeb konkretnej grupy i do indywidualnych diagnoz.
3. Organizowanie i finansowanie różnego rodzaju półkolonii, wycieczek i wyjazdów, zawodów sportowych, wydarzeń typu „ferie w mieście”, skierowanych do całej populacji.	Wszelkiego rodzaju oferty zajęć pozalekcyjnych, opiekuńczo-wychowawczych organizowane w sposób akcyjny, nie są równoważne z ofertą całorocznej pracy socjoterapeutycznej skierowanej do dzieci z rodzin z problemem alkoholowym/ problemem używania innych substancji psychoaktywnych. Działania tego typu nie wchodzą w zakres zadań, które z punktu widzenia gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii są najbardziej istotne.
4. Finansowanie typowych świetlic szkolnych i/lub wiejskich.	Zadania świetlic szkolnych są inne niż zadania placówek wsparcia dziennego. Podobnie świetlice prowadzone w środowiskach wiejskich mają inny zakres zadań niż socjoterapia.

2.2.3. Przeciwdziałanie przemocy domowej

Nadużywanie alkoholu stanowi istotny czynnik ryzyka wystąpienia przemocy domowej. Z danych Komendy Głównej Policji³ wynika, że w 2022 roku policjanci podjęli ponad 61,6 tys. interwencji w sytuacji podejrzenia przemocy domowej (z wykorzystaniem procedury „Niebieskie Karty”). Ponad połowa tych interwencji dotyczyła sytuacji, kiedy osoba stosująca przemoc domową była w stanie nietrzeźwości. Z uwagi na powyższe, duże wyzwania związane z przeciwdziałaniem przemocy domowej stoją przed gminnymi komisjami rozwiązywania problemów alkoholowych, których członkowie prowadzą działania związane z ewentualnym uruchomieniem procedury zobowiązania do leczenia odwykowego, ale także – w sytuacji podejrzenia przemocy domowej – zobligowani są do wszczęcia procedury „Niebieskie Karty”. Praktyka oraz dane statystyczne pochodzące ze sprawozdania KCPU-G1 wskazują, że członkowie GKRPA w sposób niewystarczający angażują się w realizację procedury „Niebieskie Karty”. Dane jednoznacznie potwierdzają, że członkowie gminnych komisji są grupą, która najmniej angażuje się w uruchamianie procedury „Niebieskie Karty” (zaledwie 20% gmin wszczyna procedurę „Niebieskie Karty”). Dlatego też istnieje potrzeba podjęcia wzmoczonych działań na rzecz realizacji zadań wynikających z realizacji procedury „Niebieskie Karty”. W dniu 22 czerwca 2023 roku weszły w życie zmiany do ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy domowej (ustawa z dnia 9 marca 2023 roku o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2023 r. poz. 535). Rozwiązania zawarte w ustawie mają na celu ochronę przed przemocą domową oraz poprawę funkcjonowania systemu przeciwdziałania przemocy na szczeblu centralnym, regionalnym oraz samorządu terytorialnego, w tym gminnego. Ważnym aspektem w realizacji zadań w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej jest udział członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w pracach zespołów interdyscyplinarnych i grupach diagnostyczno-pomocowych. Konieczne jest prowadzenie działań edukacyjno-informacyjnych adresowanych do służb i instytucji, uwzględniających wprowadzone nowelizację ustawy zmiany prawne i proceduralne, a tym samym podnoszące kompetencje realizatorów tych działań w zakresie ochrony przed przemocą domową.

Kompleksowa ochrona i pomoc dla osób doznających przemocy domowej wymaga szerokiej oferty działań i usług dostępnych dla wszystkich osób potrzebujących pomocy. Tymczasem praktyka pokazuje, że w wielu gminach brakuje specjalistów np. z zakresu pracy z dziećmi, poradnictwa prawnego, psychologicznego, rodzinnego czy medycznego. Ponadto z badań przeprowadzonych na zlecenie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej wynika, że 17% osób doznających przemocy domowej uważa, że udzielona im pomoc przez służby i instytucje jest niesatysfakcjonująca. Niepokoí również fakt, że na przestrzeni ostatnich lat gminy ograniczają swoją aktywność w zakresie organizowania i finansowania szkoleń z zakresu przeciwdziałania przemocy domowej (ankieta PARPA-G1, KCPU-G1). Od kilku lat nie zwiększają się nakłady gmin na zadania związane z przeciwdziałaniem przemocy domowej i stanowią około 5% środków przeznaczonych na profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych w każdym roku.

³ <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-w-rodzinie/201373.Przemoc-w-rodzinie-dane-od-2012-roku.html>

Działania rekomendowane i nierekomendowane

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Upowszechnianie informacji dotyczących zjawiska przemocy domowej i możliwości przeciwdziałania przemocy w rodzinach, w szczególności z problemem alkoholowym: • prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych na temat zjawiska przemocy domowej, w tym przemocy wobec dzieci (czyż jest przemoc, jakie są jej mechanizmy, jakie niesie konsekwencje itp.), a także możliwości uzyskania pomocy (przede wszystkim bezpłatnej) i miejsc, które taką pomoc świadczą oraz włączanie się w ogólnopolskie akcje promujące życie rodzinne bez przemocy.	Wiedza na temat zjawiska przemocy domowej jest elementem pozwalającym na rozpoznanie przemocy oraz na podjęcie działań o charakterze interwencyjnym (reakcja na przemoc). Informacje o możliwościach uzyskania pomocy (psychologicznej, prawnej) i wsparcia sprzyjają temu, aby osoby doznające przemocy decydowały się na podjęcie działań mających na celu zatrzymanie przemocy i ochronę siebie. Prowadzenie działań edukacyjnych, które obejmują całe społeczeństwo, sprzyja zmianie postaw wobec przemocy domowej i znacząco wpływa na to, że zachowania przemocowe nie są akceptowane.
2. Prowadzenie i finansowanie programów profilaktyki przemocy domowej (szkolenia, warsztaty, treningi dla rodziców/opiekunów).	Działania z zakresu profilaktyki przemocy domowej sprzyjają nabywaniu i rozwijaniu umiejętności wychowawczych i rodzicielskich. Pozwalają na rozwijanie pozytywnych relacji rodzinnych i wychowywanie dzieci bez przemocy. Uczą wspierających dzieci, alternatywnych do krzywdzących metod wychowawczych.

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
3. Podnoszenie kompetencji przedstawicieli instytucji działających w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej poprzez organizowanie i finansowanie szkoleń, konferencji, warsztatów, treningów itp.	Rekomenduje się, aby przedsięwzięcia o charakterze szkoleniowym uwzględniały zagadnienia dotyczące specyfiki zjawiska przemocy domowej, konsekwencji doznawania przemocy domowej, funkcjonowania osób doznających przemocy i stosujących przemoc domową. Pozwoli to przygotować osoby pracujące w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej do rozpoznawania przemocy i podejmowania interwencji wobec osób, które stosują przemoc oraz do udzielania pomocy osobom krzywdzonym przez najbliższych. Konieczne jest również prowadzenie szkoleń i warsztatów przygotowujących do kontaktu z członkami rodzin z problemem alkoholowym, w których dochodzi do przemocy domowej, w szczególności motywowania klientów do zmiany mającej na celu zatrzymanie przemocy i poprawę sytuacji w rodzinie. W związku z nowelizacją ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz.U. z 2021 r. poz. 1249, z późn. zm.) niezbędne jest organizowanie i finansowanie szkoleń/seminariów/konferencji dotyczących obowiązujących procedur (w szczególności prowadzenia procedury „Niebieskie Karty”). Konieczne jest również zapewnienie (organizowanie i finansowanie) osobom pracującym z członkami rodzin z problemem przemocy domowej stałej superwizji, która pozwala na analizę osobistych postaw wobec osób doznających i stosujących przemoc i własnych przekonań na temat zjawiska przemocy domowej, a tym samym przekłada się na bardziej profesjonalną i skuteczną pracę z klientem. Rekomenduje się, aby osoby pracujące w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej posiadały certyfikat specjalisty lub konsultanta w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej, który można otrzymać w ramach Programu potwierdzania kwalifikacji osób pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej, w tym w szczególności rodzin z problemem uzależnień. Więcej informacji na ten temat na stronie internetowej www.kcpu.gov.pl.

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
4. Zwiększenie dostępności i podniesienie jakości pomocy dla osób doznających przemocy domowej.	Zapewnienie natychmiastowej i bezpośredniej pomocy osobom doznającym przemocy domowej jest warunkiem skutecznego zatrzymania przemocy. W ramach zadania rekomenduje się realizację następujących działań: • tworzenie, wspieranie i finansowanie miejsc pomocy osobom doznającym przemocy domowej - dorosłym i dzieciom - oferujących kompleksową i długofalową pomoc: psychologiczną, terapeutyczną (indywidualną i grupową), socjoterapeutyczną, socjalną, medyczną itp.; • zapewnienie dostępności specjalistów przygotowanych do pracy z członkami rodzin z problemem przemocy domowej - dorosłymi i dziećmi; • przygotowanie i upowszechnianie informacji na temat lokalnej oferty pomocy dla członków rodzin z problemem przemocy domowej, w szczególności z problemem alkoholowym (np. ulotki, informatory, strony internetowe, ogłoszenia w mediach lokalnych).
5. Podejmowanie działań interwencyjnych i edukacyjnych adresowanych do osób stosujących przemoc domową.	Aby pomoc dla rodzin z problemem przemocy była skuteczna, konieczna jest nie tylko praca z osobami doznającymi przemocy domowej, ale także z osobami stosującymi przemoc. W związku z powyższym rekomenduje się: • wdrażanie i finansowanie programów korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc domową (jeśli osoby stosujące przemoc nie mają dostępu do tego rodzaju programów na terenie powiatu), programów psychologiczno-terapeutycznych oraz programów wspierających dla osób stosujących przemoc domową zmierzających do utrwalenia i wzmocnienia zmian zapoczątkowanych oddziaływaniami korekcyjno-edukacyjnymi lub psychologiczno-terapeutycznymi; • przygotowanie przedstawicieli służb mających kontakt z osobami stosującymi przemoc domową do motywowania ich do udziału w ww. programach; • nawiązanie i rozwijanie współpracy między przedstawicielami różnych służb i instytucji, w tym przedstawicielami wymiaru sprawiedliwości (prokuratorzy, sędziowie, kuratorzy) w celu kierowania osób stosujących przemoc domową do programów korekcyjno-edukacyjnych, psychologiczno-terapeutycznych i programów wspierających.

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
6. Finansowanie wynagrodzenia członków GKRPA za wykonywanie zadań w zespole interdyscyplinarnym oraz w grupach diagnostyczno-pomocowych.	Zgodnie z art. 9a ust. 13 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej członkowie zespołu interdyscyplinarnego oraz grup diagnostyczno-pomocowych wykonują zadania w ramach obowiązków służbowych lub zawodowych. Sytuacja taka dotyczy przedstawicieli instytucji i służb wchodzących w skład zespołów interdyscyplinarnych i grup diagnostyczno-pomocowych (np. pracowników jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, policji, oświaty, ochrony zdrowia), którzy zatrudnieni są w instytucjach i otrzymują wynagrodzenie w ramach stosunku pracy. Zatem otrzymywane przez te osoby wynagrodzenie obejmuje również gratyfikację za udział w pracach zespołu interdyscyplinarnego i grupy diagnostyczno-pomocowej. W przypadku członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych wchodzących w skład zespołów interdyscyplinarnych i grup diagnostyczno-pomocowych należy wskazać, iż osoby te nie wykonują tych zadań w ramach obowiązków służbowych i zawodowych, a ich wynagrodzenie reguluje art. 4¹ ust. 5 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, który stanowi, że rada gminy w gminnych programach rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii określa zasady wynagradzania członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Uwzględniając powyższe, członkowie GKRPA są uprawnieni do otrzymywania wynagrodzenia za wykonywanie zadań zarówno w zespole interdyscyplinarnym, jak i w grupach diagnostyczno-pomocowych, analogicznie jak ma to miejsce w odniesieniu pełnienia przez nich innych zadań związanych z członkostwem w gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.
7. Prowadzenie lokalnych diagnoz na temat zjawiska przemocy domowej, w szczególności z problemem alkoholowym.	Rzetelna diagnoza problemu przemocy domowej w danym środowisku lokalnym, uwzględniająca m.in. skalę problemu, lokalne zasoby i deficyty, pozwala na zaplanowanie działań adekwatnych do potrzeb mieszkańców. Uwzględnienie dotychczas podejmowanych działań i ich efektów da odpowiedź na pytanie, jakie przedsięwzięcia należy w gminie kontynuować, a które wymagają modyfikacji, tak aby zapewnić rodzinom z problemem przemocy jak najbardziej efektywną i skuteczną pomoc.

Nie są rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Finansowanie usługi tłumacza przysięgłego do celów realizacji procedury „Niebieskie Karty” przez grupy diagnostyczno-pomocowe.	Zgodnie z art. 6 ust. 2 pkt 1 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej do zadań własnych gminy należy w szczególności tworzenie gminnego systemu przeciwdziałania przemocy domowej, w tym opracowanie i realizacja gminnego programu przeciwdziałania przemocy domowej i ochrony osób doznających tej przemocy. W ramach ww. programu każda gmina jest zobligowana do zabezpieczenia środków finansowych z przeznaczeniem na realizację zadań z obszaru przeciwdziałania przemocy domowej, w tym również działań wynikających z realizacji procedury „Niebieskie Karty”. W związku z powyższym finansowanie usługi tłumacza przysięgłego do celów realizacji procedury „Niebieskie Karty” przez grupy diagnostyczno-pomocowe wykracza poza zakres możliwy do finansowania z gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii z uwagi na fakt, że realizacja tej procedury jest zakresem ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej.
2. Remont i wyposażenie pomieszczeń na działalność zespołu interdyscyplinarnego i grup diagnostyczno-pomocowych.	Zespoły interdyscyplinarne działają na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej, a nie na podstawie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. W związku z powyższym nie ma bezpośredniego związku przeprowadzania remontów pomieszczeń budynków gminnych z realizacją zadań własnych gminy wynikających z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.
3. Finansowanie specjalistycznych ośrodków wsparcia dla osób doznających przemocy domowej.	Prowadzenie specjalistycznych ośrodków wsparcia dla osób doznających przemocy domowej jest zadaniem zleconym powiatowi z zakresu administracji rządowej, finansowanym z budżetu państwa na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej. Zatem nie jest możliwe finansowanie tych zadań ze środków przeznaczonych na realizację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii.

2.3. Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej oraz działalności szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii oraz uzależnieniom behawioralnym

2.3.1. Profilaktyka dzieci i młodzieży

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

Mimo że badania z ostatnich lat wskazują na to, że rośnie grupa abstynentów, to nadal odsetek tych, którzy przechodzą inicjację alkoholową przed ukończeniem 18. roku życia, jest wysoki. W ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem picie alkoholu deklarowało 46% 15–16-letnich chłopców i 47% dziewcząt (w roku 2015 było to odpowiednio 50% i 47%). W grupie 17–18-latków do picia w ciągu ostatnich 30 dni przyznało się 76% chłopców (w 2015 roku – 83%) i 75% dziewcząt (w 2015 roku było to 81%). W przypadku używania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń na pierwszym miejscu pod względem rozpowszechnienia eksperymentowania znajdują się marihuana i haszysz, na drugim leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza, a na trzecim miejscu substancje wzięwe. Następnie najczęściej używane są leki przeciwbólowe bez przepisu lekarza, amfetamina, ecstazy, LSD i inne halucynogeny. Wyniki badań „Młodzież 2021” przeprowadzonych przez CBOS w 2021 roku wskazują, że najczęściej używanymi przez uczniów – ostatnich klas szkół ponadpodstawowych – nielegalnymi substancjami psychoaktywnymi były marihuana i haszysz. Do przyjmowania ich kiedykolwiek w życiu przyznało się 36% uczniów, a w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie marihuanę lub haszysz zażywał co piąty z badanych uczniów. Natomiast często – tj. w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem – co dziesiąty. Kolejną, najbardziej rozpowszechnioną nielegalną substancją była amfetamina. W 2021 roku do eksperymentów z tą substancją przyznało się 6% uczniów. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie amfetaminę zażywało 3%, a w ciągu ostatnich 30 dni – 2% badanych uczniów. W przypadku nowych substancji psychoaktywnych, tzw. dopalaczy, odnotowano spadek używania tych substancji. W roku 2021 odsetek badanych uczniów, którzy eksperymentowali z NSP, wyniósł 2,6%. W ciągu ostatniego roku oraz miesiąca poprzedzającego badanie tzw. dopalaczy używało ok. 0,3% uczniów. Są to najniższe wskaźniki od 2008 roku, czyli od początku prowadzenia przez CBOS badań dotyczących sytuacji dzieci i młodzieży (CBOS, 2022).

W 2022 roku samorządy lokalne na działania związane z profilaktyką przeznaczyły ze środków pochodzących z opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych ok. 140 mln złotych. Kolejne 87 mln złotych przeznaczono na pozalekcyjne zajęcia sportowe. Nie zawsze jednak powszechność realizowanych działań idzie w parze z ich wysoką jakością, a decyzje o realizacji konkretnych przedsięwzięć podejmowane są bez należytego oparcia na diagnozie i bez wykorzystania wiedzy naukowej na temat skutecznych strategii profilaktycznych. W co trzeciej gminie (807 gmin) realizowany jest program znajdujący się w bazie rekomendowanych programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego (dostępnej na stronie www.programyrekomendowane.pl). Na realizację rekomendowanych programów znajdujących się w ww. bazie wydano około 27% środków przeznaczonych przez gminy na programy i działania profilaktyczne.

Działania rekomendowane i nierekomendowane

Ważne!

Program profilaktyczny, który ubiega się o dofinansowanie, powinien być analizowany pod kątem spełniania określonych standardów. Opis programu powinien zawierać:

- nazwę programu, autorów, nazwę organizacji/institucji odpowiedzialnej za program, mieć przynajmniej roczne doświadczenie realizacji;
- jasno sformułowany problem, którego rozwiązaniu ma służyć udział w programie;
- charakterystykę grupy odbiorców;
- konkretne czynniki ryzyka i chroniące, na które program ma mieć wpływ (powinny być one powiązane z problemem, któremu ma przeciwdziałać program oraz podejmowanymi w ramach tego programu działaniami);
- specyficzne, mierzalne i realne do osiągnięcia cele (cel ogólny ma być adekwatny do zidentyfikowanego problemu i być sformułowany w kategoriach oczekiwanej zmiany u odbiorców, natomiast cele szczegółowe mają prowadzić do osiągnięcia celu głównego poprzez ograniczanie wpływu zidentyfikowanych czynników ryzyka lub wzmacnianie działania czynników chroniących);
- wybór konkretnych strategii profilaktycznych wynikających z teorii, których skuteczność została potwierdzona w badaniach naukowych;
- szczegółowo opisane działania, które są powiązane z czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi, na które ma oddziaływać program. Długość, intensywność i rodzaj działań powinny być odpowiednie do wieku rozwojowego odbiorców;
- sposoby monitorowania jakości realizacji programu;
- ewaluację procesu, która jest standardem minimalnym i dotyczy m.in. jakości implementacji i poziomu satysfakcji uczestników programu;
- ewaluacja wyniku – nie jest wymagana, ale warto podkreślić, że stanowi bardzo ważne źródło wiedzy o programie, ponieważ odpowiada na pytanie, czy zakładane cele programu zostały osiągnięte.

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
Promocja zdrowia psychicznego i profilaktyka uniwersalna	
1. Realizacja programów profilaktycznych z zakresu profilaktyki uniwersalnej, które znalazły się w bazie programów rekomendowanych w ramach <i>Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego</i> (www.programyrekomendowane.pl) Rekomenduje się finansowanie/ dofinansowanie: • szkoleń przygotowujących realizatorów/trenerów programu; • materiałów niezbędnych do realizacji programu; • wynagrodzenia dla realizatorów.	Rekomenduje się realizację programów, które spełniają standardy profilaktyki opartej na naukowych podstawach, czyli: • zostały opracowane na podstawie aktualnej wiedzy o czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących oraz mechanizmach ich osłabiania lub wzmacniania; • wykorzystano w nich wiodące i uzupełniające strategie profilaktyczne; • realizowane działania mają udokumentowany związek z ograniczaniem wpływu czynników ryzyka oraz ze wzmacnianiem czynników chroniących, uwzględnionych w programie; • legitymują się wynikami badań ewaluacyjnych: procesu i/lub wyników. Więcej informacji można znaleźć na stronie: https://programyrekomendowane.pl/strony/promocja-zdrowia.7 https://programyrekomendowane.pl/strony/profilaktyka-uniwersalna.120 Uwaga! Strona www.programyrekomendowane.pl jest jedyną stroną internetową, którą KCPU wskazuje jako źródło informacji o programach profilaktycznych. KCPU nie odpowiada za treści zamieszczone na stronach internetowych o innym rozszerzeniu (np. com., edu. itp.) i ich nie rekomenduje.

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
Promocja zdrowia psychicznego i profilaktyka uniwersalna	
2. Realizacja programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży, które nie znajdują się w bazie programów rekomendowanych w ramach <i>Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego</i>, ale spełniają standardy profilaktyki opartej na naukowych podstawach i wykorzystują przede wszystkim wiodące strategie profilaktyczne. Rekomenduje się finansowanie/ dofinansowanie: • szkoleń przygotowujących realizatorów/trenerów programu; • materiałów niezbędnych do realizacji programu; • wynagrodzeń dla realizatorów.	Program, który ubiega się o dofinansowanie przez samorząd, powinien być analizowany pod kątem spełniania określonych standardów. Więcej informacji nt. standardów profilaktyki i skutecznych strategii profilaktycznych znajduje się na stronie: https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/standardy-profilaktyki-1.pdf

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
Promocja zdrowia psychicznego i profilaktyka uniwersalna	
3. Realizacja programów profilaktycznych dla rodziców i aktywna współpraca z nimi w obszarze profilaktyki. Rekomenduje się finansowanie/ dofinansowanie: • szkoleń przygotowujących realizatorów/trenerów programów rekomendowanych (patrz punkt 1) skierowanych do rodziców; • materiałów niezbędnych do realizacji programu; • wynagrodzeń dla realizatorów.	Ważne jest przekazanie rodzicom informacji na temat ich roli we wzmacnianiu przekonań normatywnych, przeciwnych picia alkoholu i używania innych substancji psychoaktywnych/narkotyków. Nie należy więc koncentrować się jedynie na opisie skali problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz ich szkodliwości dla młodzieży i dorosłych. Skuteczne programy dla rodziców są ukierunkowane na: • budowanie i utrzymanie więzi rodzinnych i dobrych relacji w rodzinie; • rozwijanie umiejętności dotyczących aktywnego udziału w życiu dziecka m.in. wspierania nawiązywania bliskich kontaktów z rówieśnikami, pomocy w rozwiązywaniu problemów w nauce i w funkcjonowaniu w szkole; • uczenie skutecznych metod stawiania granic, rozwiązywania konfliktów z dzieckiem, motywowania do wypełniania przez niego różnych obowiązków, bez stosowania kar cielesnych i przemocy; • uczenie rozmawiania z dzieckiem o ważnych dla niego tematach m.in. o zagrożeniach, radzeniu sobie z presją rówieśników; • wspieranie zachowań i postaw rodziców, które mogą być pozytywnym przykładem dla dzieci. Skuteczności tego typu programom sprzyja ponadto: • przyjazna atmosfera zajęć, która motywuje rodziców do aktywnego udziału w programie; • organizacja spotkań w terminach i godzinach dogodnych dla rodziców; • proponowanie zadań do wspólnego wykonania w domu przez rodziców i dziecko; • zapewnienie opieki nad dzieckiem/dziećmi/młodszy rodzeństwem/w trakcie trwania zajęć dla rodziców; cykl zajęć zapewniający odpowiednią „dawkę” edukacji – zwykle ok. 10 spotkań; • prowadzenie zajęć nie tylko dla samych rodziców, ale również wspólnych dla rodziców i dzieci; • dobre przygotowanie realizatorów.

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
Promocja zdrowia psychicznego i profilaktyka uniwersalna	
4. Działania służące poprawie klimatu szkoły. Rekomenduje się finansowanie/ dofinansowanie: • programów/szkoleń podnoszących kompetencje nauczycieli w skutecznym zarządzaniu/kierowaniu pracą uczniów na lekcjach, rozwijaniu umiejętności psychospołecznych uczniów; • programów zapobiegających wypaleniu zawodowemu nauczycieli; • programów/szkoleń przygotowujących nauczycieli do reagowania na przejawy przemocy rówieśniczej.	Pozytywny społeczny klimat szkoły jest czynnikiem chroniącym uczniów przed zachowaniami ryzykownymi oraz sprzyja lepszym osiągnięciom w nauce. Poprawa społecznego klimatu szkoły należy do skutecznych strategii profilaktycznych, ponieważ może kompensować, na wczesnym etapie nauki, rodzinne i rówieśnicze czynniki ryzyka oraz wzmacnia poczucie więzi ze szkołą. Ważne jest więc, aby nauczyciele w codziennej pracy z uczniami umieli m.in.: współpracować z uczniami, udzielać informacji zwrotnej uczniom i rodzicom, postępować z uczniami, którzy nie przestrzegają szkolnych zasad, pracować z uczniami, którzy osiągają słabsze wyniki w nauce lub są odrzucani przez rówieśników. Jedną z metod, która podnosi kompetencje nauczycieli w pracy z uczniami jest tutoring szkolny. Praca nauczycieli metodą tutoringu szkolnego rozwija kompetencje wychowawcze nauczycieli, które wspierają rozwój autonomii/niezależności uczniów i ich odpowiedzialność za własne decyzje oraz zwiększają poczucie bezpieczeństwa w szkole. Więcej informacji: https://programyrekomendowane.pl/strony/profilaktyka-uniwersalna,120.

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
Profilaktyka selektywna i wskazująca	
1. Realizacja programów profilaktycznych z zakresu profilaktyki selektywnej i wskazującej, które znalazły się w bazie programów rekomendowanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego. Rekomenduje się finansowanie/ dofinansowanie: • szkoleń przygotowujących realizatorów/trenerów programu; • materiałów niezbędnych do realizacji programu; • wynagrodzeń dla realizatorów,	Rekomenduje się realizację programów, które spełniają standardy profilaktyki opartej na naukowych podstawach. Więcej informacji o programach: https://programyrekomendowane.pl/strony/profilaktyka-selektywna,137 https://programyrekomendowane.pl/strony/profilaktyka-wskazujaca,166
2. Realizacja programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży z grup podwyższonego ryzyka, które nie znajdują się w bazie programów rekomendowanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, ale spełniają standardy profilaktyki opartej na naukowych podstawach i wykorzystują przede wszystkim wiodące strategie profilaktyczne. https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/standardy-profilaktyki-1.pdf	Program, który ubiega się dofinansowanie powinien być analizowany pod kątem spełniania określonych standardów opisu, który omówiono w tabeli na str. 41 „Rekomendacji (...)”.

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
Profilaktyka selektywna i wskazująca	
Rekomenduje się finansowanie/ dofinansowanie: • szkoleń przygotowujących realizatorów/trenerów programu; • materiałów niezbędnych do realizacji programu • wynagrodzeń dla realizatorów	
3. Działania profilaktyczne prowadzone w środowisku oraz miejscach zabawy i rekreacji. Rekomenduje się finansowanie/ dofinansowanie: • szkoleń przygotowujących realizatorów; • szkoleń dla pracowników klubów/imprez masowych; • superwizji; • materiałów niezbędnych do realizacji programu; • wynagrodzeń dla realizatorów programów, np. partyworkerów, streetworkerów.	Partyworking to forma pracy środowiskowej, wykonywana w miejscach rekreacji i wypoczynku osób, do których są skierowane oddziaływania: klubach, dyskotekach, podczas festiwali muzycznych. Głównym celem tego typu działań jest: • zwiększenie bezpieczeństwa uczestników; • zmniejszenie zagrożeń dla zdrowia psychicznego i fizycznego związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Partworking jest realizowany poprzez: • nawiązywanie kontaktu z uczestnikami; • prowadzenie interwencji kryzysowej i wsparcia psychicznego dla osób, które pod wpływem narkotyków doświadczają intensyfikacji uczuć bądź obniżonego nastroju; • współpraca z obsługą wydarzenia – wymiana informacji o niepokojących zdarzeniach; • prowadzenie szkoleń dla obsługi klubów; • dystrybucja akcesoriów i materiałów (medycznych, higienicznych itp.) oraz materiałów informacyjno-edukacyjnych; • świadczenie pomocy przedmedycznej.

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
Profilaktyka selektywna i wskazująca	
	Ważne jest podejmowanie działań w środowisku lokalnym, również poza okolicznościowymi imprezami. Streetworking to praca prowadzona na ulicy, polegająca na dotarciu z pomocą w miejsce przebywania odbiorców. Niezwykle cenne będą projekty systematycznych i długofalowych działań, skierowanych do dzieci ze środowisk szczególnie zagrożonych zachowaniami problemowymi/ryzykownymi, np. programy animatorów podwórkowych, pedagogów ulicy.
4. Realizacja działań/programów wykorzystujących strategię mentoringu w ramach profilaktyki selektywnej/wskazującej. Rekomenduje się finansowanie/ dofinansowanie: • szkoleń przygotowujących mentorów; • superwizji; • materiałów niezbędnych do realizacji programu; • wynagrodzeń dla realizatorów, o ile nie zachodzi przypadek podwójnego finansowania.	Obecność osoby dorosłej spoza bliskiej rodziny (mentora) w życiu nastolatka z grupy ryzyka jest czynnikiem chroniącym i może prowadzić do zmniejszenia jego problemów szkolnych, prawnych i innych zachowań ryzykownych. Mentoring ma na celu pomoc nastolatkowi w jego rozwoju, przy pomocy wspierania, mobilizowania, doradzania oraz udzielania informacji zwrotnych. Charakterystyczne elementy: profesjonalny charakter udzielanej pomocy przez osobę dorosłą oraz długofalowy charakter takiej pomocy. Wyróżnia się mentoring naturalny oraz intencjonalny, wynikający z udziału w programie. Aby był on skuteczny, mentor powinien: • zostać właściwie dobrany do potrzeb nastolatka; • współpracować z nastolatkiem przynajmniej 12 miesięcy; • mieć odpowiednie przeszkolenie oraz wsparcie w trakcie realizacji programu; • zaplanować program współpracy o określonej strukturze.

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
Profilaktyka selektywna i wskazująca	
5. Realizowanie krótkich interwencji profilaktycznych. Rekomenduje się finansowanie/ dofinansowanie: • szkoleń przygotowujących realizatorów/trenerów programu; • materiałów niezbędnych do realizacji programu; • wynagrodzeń dla realizatorów.	Interwencje profilaktyczne mają na celu zahamowanie rozwoju ryzykownego zachowania oraz wzmacnianie motywacji do zmiany. Polegają na wykorzystaniu odpowiedniej komunikacji (np. dialog motywujący) i udzielaniu właściwych informacji w rozmowie z nastolatkiem z grupy ryzyka. Krótkie interwencje powinny być: • prowadzone przez przeszkolone osoby (nauczyciele, pedagog, psycholog, lekarz) w bezpośrednim kontakcie; • oparte na udzieleniu wsparcia informacyjnego oraz motywowaniu do zmiany zachowania; • wsparte ustrukturalizowanymi zajęciami grupowymi, których celem jest zachęcenie uczestników do oceny ryzyka swoich zachowań oraz przyjęcie odpowiedzialności za własne decyzje dotyczące podejmowanych zachowań ryzykownych. Przykładem programu krótkiej interwencji, realizowanego lokalnie, jest program FreD goes net. Skierowany jest do młodzieży w wieku 14–21 lat używającej narkotyków okazjonalnie lub szkodliwie. Program składa się z indywidualnej rozmowy motywującej oraz 8 godzin pracy z grupą. W trakcie programu stosuje się metody interaktywne, stwarzające okazję uczestnikom do przemyślenia własnego zachowania związanego z używaniem substancji psychoaktywnych. Więcej informacji o programie: https://programyrekomendowane.pl/strony/artykuly/fred,17

Nie są rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
W zakresie realizacji profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej	
1. Finansowanie/ dofinansowanie programów profilaktycznych opartych na nieskutecznych strategiach profilaktycznych.	Nie rekomenduje się do realizacji programów, które: • wykorzystują przekaz wiedzy w formie wykładu lub pogadanki; • skoncentrowane są na informacjach dotyczących działania poszczególnych substancji psychoaktywnych; wywołujących lęk/strach przed konsekwencjami ich używania, opartych na moralizowaniu; • ukierunkowane są tylko na podnoszenie poczucia własnej wartości u uczestników programu i/lub radzeniu sobie z emocjami; • nie posiadają struktury, realizacja oparta jest na swobodnej rozmowie realizatora z uczestnikami; • angażują pracowników policji do realizacji zajęć w szkołach lub osoby, które były uzależnione; • zawierają element losowego testowania na obecność narkotyków; • niedostosowane są do wieku rozwojowego odbiorców programu. Ponadto nie zaleca się finansowania programów: • krótkich, jednorazowych, realizowanych w niedługim okresie, np. jednego tygodnia; • prowadzonych wyłącznie przez osoby z zewnątrz, bez udziału nauczycieli, wychowawców; • nieuwzględniających aktywnej współpracy z rodzicami; • spektakli teatralnych, koncertów, spotkań z udziałem znanych osób, które mają opowiadać o problemach związanych z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych;

Nie są rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
W zakresie realizacji profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej	
	opisanych na bardzo ogólnym poziomie, np. bez załączonych scenariuszy poszczególnych zajęć lub wspierających realizację podejmowanych działań materiałów edukacyjnych, które uwzględniają aktualną wiedzę na temat zachowań ryzykownych, dostosowanych do wieku rozwojowego odbiorców programu. Przy rozpatrywaniu wniosków konkursowych lub próśb ze strony placówek oświatowych nie należy sugerować się jedynie ceną i wielkością grupy objętej oddziaływaniem, ale przede wszystkim jakością merytoryczną oferty. Najważniejszym i decydującym wskaźnikiem jakości programu powinna być jego skuteczność, udowodniona w metodologicznych, poprawnie przeprowadzonych badaniach ewaluacyjnych.
2. Finansowanie/ dofinansowanie działań edukacyjnych, wyrównawczych, kulturalnych, rekreacyjnych dla dzieci i młodzieży podejmowanych przez szkołę.	Szkoły mają obowiązek realizować takie działania zgodnie z własnymi, szkolnymi programami profilaktyczno-wychowawczymi, a także w ramach normalnej pracy wychowawczej czy edukacyjnej (np. w ramach realizacji edukacji zdrowotnej).
3. Finansowanie/ dofinansowanie działań o charakterze akcyjnym, np.: konkursów, pikników, festynów, koncertów.	Konkursy, pikniki czy festyny mają charakter akcyjny. Zwykle w takich przypadkach działania profilaktyczne stanowią mały, często uboczny element oferty rozrywkowej, rekreacyjnej czy muzycznej. Nie mogą więc skutecznie wpływać na ograniczanie problemu używania substancji psychoaktywnych. Jeżeli samorząd decyduje się na włączenie działań profilaktycznych w tego typu wydarzenia, rekomenduje się finansowanie jedynie kosztów ściśle związanych z profilaktyką (np. druk materiałów, organizowanie punktu konsultacyjno-informacyjnego).

Nie są rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
W zakresie realizacji profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej	
4. Finansowanie/ dofinansowanie zajęć sportowych bez włączenia ich w szersze działania profilaktyczne.	Nie rekomenduje się finansowania zajęć sportowych, które nie są włączone w szersze działania profilaktyczne oparte na naukowych podstawach. Jeżeli samorząd decyduje się na finansowanie zajęć sportowych, to powinny one: • odwoływać się do skutecznych strategii profilaktycznych (np. przekonań normatywnych przeciwnych używaniu substancji psychoaktywnych, rozwijania umiejętności życiowych m.in. rozwiązywania konfliktów, eliminowania przemocy); • wzmacniać czynniki chroniące, np. nawiązywanie relacji z rówieśnikami, umiejętność współpracy, znoszenie porażek, wzmacnianie pozytywnego obrazu własnej osoby; • odwoływać się do norm zachowania w różnych sytuacjach; • być prowadzone przez osoby legitymujące się odpowiednim przygotowaniem merytorycznym w zakresie standardów obowiązujących w profilaktyce opartej na naukowych podstawach.
5. Podejmowanie współpracy w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych z przedstawicielami przemysłu alkoholowego.	Działania profilaktyczno-edukacyjne mające na celu ograniczanie problemów związanych z piciem alkoholu, które były przygotowane na zlecenie przemysłu alkoholowego albo ich realizacja jest finansowana/dofinansowana przez przemysł alkoholowy mają na ogół ograniczoną skuteczność i w sposób selektywny realizują cele, które są istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego. Zawarty w nich komunikat profilaktyczny charakteryzuje się: • ograniczeniem działań do uczenia kontroli picia; • zwracaniem uwagi na nadużywanie, a nie na samo ryzyko sięgania po alkohol;

Nie są rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
W zakresie realizacji profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej	
	• podkreślaniem kultury spożywania napojów alkoholowych; • budowaniem pozytywnych skojarzeń z piciem alkoholu przy jednoczesnym pomniejszaniu wartości abstynencji; • pomijaniem wiedzy na temat ryzyka strat bieżących, czyli np. bezpośrednich zagrożeń dla zdrowia i życia (urazy, wypadki, przemoc), które mogą wystąpić nawet po jednorazowym spożyciu alkoholu; • pomijaniem wiedzy na temat szkodliwości napojów alkoholowych nie tylko dla młodych ludzi, ale również dla osób dorosłych.

2.3.2. Prowadzenie badań dotyczących używania substancji psychoaktywnych przez młodzież oraz ewaluacja programów profilaktycznych

Działania rekomendowane i nerekomendowane

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Prowadzenie badań z obszaru profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży. Rekomendowane jest finansowanie/dofinansowanie: • badań epidemiologicznych dotyczących rozpowszechnienia substancji psychoaktywnych; • badań dotyczących czynników ryzyka/ czynników chroniących w różnych grupach ryzyka dzieci i młodzieży; • monitorowania jakości realizowanych działań; • ewaluacji realizowanych strategii/programów profilaktycznych.	Badania dotyczące rozpowszechnienia problemu oraz skuteczności dotychczas wdrażanych programów/działań mają na celu przede wszystkim możliwość ulepszania realizowanych programów, reagowania na nowe problemy i trudności, jak również wprowadzania nowych rozwiązań systemowych. W badaniach mogą być wykorzystywane ilościowe (ankiety) i jakościowe (analiza dokumentów, wywiad indywidualny i grupowy, obserwacja) metody zbierania danych.

Nie są rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Finansowanie zbyt wielu badań ankietowych w szkołach, bez konsultowania tego wcześniej z osobami odpowiadającymi za realizację profilaktyki.	W badaniach szkolnych stosuje się bardzo różne narzędzia badawcze, które często mogą dotyczyć tych samych zachowań ryzykownych, dlatego dzieci i młodzież mogą być negatywnie nastawione do odpowiadania na podobne pytania dotyczące zagrożeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.
2. Finansowanie badań realizowanych w szkołach, które nie spełniają standardów etycznych poprawnych metodologicznie badań epidemiologicznych czy ewaluacyjnych.	Wartościowym działaniem jest zbieranie informacji na temat wcześniej prowadzonych badań, w których uczestniczyła szkoła oraz sprawdzanie rekomendacji instytucji, które oceniały metodologię badań w danej grupie wiekowej.

2.3.3. Edukacja publiczna w zakresie profilaktyki uzależnień

• Edukacja publiczna w zakresie profilaktyki problemów używania substancji psychoaktywnych

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

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

Działania rekomendowane i nierekomendowane

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
Prowadzenie stałego interaktywnego systemu informacji. Rekomenduje się finansowanie/ dofinansowanie: • materiałów niezbędnych do realizacji działania; • wydawanie biuletynu; • dodatku do gazety; • stałej rubryki informacyjnej w lokalnej gazecie; • bloku informacyjnego w lokalnym radiu/telewizji; • redagowanie strony internetowej poświęconej danej tematyce.	Niezbędnym elementem lokalnej polityki wobec uzależnienia od alkoholu, narkotyków i uzależnień behawioralnych jest rozpowszechnianie informacji o miejscach pomocy i ich ofercie (ulotki, plakaty, ogłoszenia, strony internetowe). W tym celu można wykorzystać: • tablice informacyjne w miejscach udzielania pomocy, komisariatach policji, poradniach, szkołach, urzędach itp., • strony internetowe i media społecznościowe podmiotów oraz instytucji. Interaktywne i stałe rozpowszechnianie wiedzy z zakresu rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych jest istotnym elementem edukacji publicznej. Ważne jest zapewnienie komunikacji ze społecznością lokalną oraz odpowiadanie na jej potrzeby.
2. Prowadzenie lokalnych działań edukacyjnych.	Rekomendowane jest prowadzenie systematycznych działań edukacyjnych, również w formie lokalnych kampanii, które mogą nawiązywać do ogólnopolskich kampanii edukacyjnych dotyczących profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Do działań edukacyjnych należą również: konferencje, narady, seminaria, szkolenia. Zasięg działań edukacyjnych można wzmacniać przy pomocy materiałów informacyjno-edukacyjnych, takich jak: broszury, plakaty, ulotki, poświęcone danej tematyce strony internetowe. Ważne jest, aby: • treści i forma były dostosowane do ich odbiorców (np. młodzieży; rodzin, w których występuje uzależnienie; klientów punktów informacyjno-edukacyjnych; kierowców); • treści i forma były dostosowane do tematyki i zagadnień, które chcemy poruszyć (np. zdrowie – ulotki dla placówek POZ, bezpieczeństwo – ulotki dla zakładów pracy, wpływ alkoholu i innych substancji na prowadzenie pojazdów – materiały dla szkół nauki jazdy itd.).

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
3. Działania skierowane do sprzedawców napojów alkoholowych. Rekomenduje się: • organizację lokalnych kampanii dotyczących ograniczania dostępności alkoholu dla nieletnich, w których warto kierować przekaz nie tylko do samych sprzedawców, ale również do klientów, czy też potencjalnych świadków sprzedaży; • zakup lub druk materiałów dotyczących zakazu sprzedaży napojów alkoholowych przez osoby poniżej 18. roku życia; • organizację i finansowanie szkoleń dla sprzedawców napojów alkoholowych, w ramach których poza informacjami na temat przepisów prawnych, realizowany jest blok profilaktyczno-edukacyjny, zawierający elementy pracy warsztatowej.	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. Dlatego nie można pomijać w gminnym programie wszelkich działań wpływających na zmniejszenie dostępności alkoholu dla osób niepełnoletnich. Rekomenduje się wspieranie wszelkiego rodzaju kampanii o pozytywnym przekazie (np. materiały z hasłem „w tym sklepie nie sprzedajemy alkoholu niepełnoletnim”), bowiem nie tylko wpływają one zniechęcająco na młodych ludzi, ale budują również większą świadomość dorosłych, którzy częściej mogą zwracać uwagę w sytuacjach, gdy są świadkami takiej sprzedaży.

Nie są rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Stosowanie języka wzbudzającego lęk, strach, języka stygmatyzującego (wykluczającego) grupy lub osoby.	Materiały merytoryczne powinny być źródłem aktualnej wiedzy na dany temat, natomiast ich edukacyjna forma nie powinna zawierać przekazu wywołującego lęk i strach oraz poczucie wykluczenia społecznego.

Nie są rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
2. Finansowanie i organizacja szkoleń zbyt krótkich, np. w wymiarze 1–2 godzin.	Rozdawanie zaświadczeń i sugerowanie, że wysłuchanie jednego wykładu przygotowuje do pracy w danym obszarze (np. profilaktyki dzieci i młodzieży) wydaje się dużym nadużyciem i sprawia, że jakość prowadzonych działań może być na bardzo niskim poziomie.
3. Finansowanie organizacji pozarządowych lub oferty instytucji działających lokalnie na rzecz jakiejś grupy, np. seniorów.	Zdarza się, że gminy dofinansowują działalność organizacji pozarządowych lub oferty instytucji działających lokalnie z argumentacją, że promocja bycia aktywnym jest sposobem na ograniczanie używania substancji psychoaktywnych. Argumenty te jednak nie znajdują potwierdzenia w wynikach badań. Wszelkiego rodzaju aktywności, jak np. kluby, orkiestry, kółka zainteresowań, działalność bibliotek, powinny być finansowane z innych środków. Choć osoby prowadzące takie miejsca mogą być dobrymi partnerami w prowadzeniu działalności profilaktyczno-edukacyjnej, to jednak nie powinno się dofinansowywać całej oferty działań danej placówki/organizacji, która wykracza poza działalność profilaktyczno-edukacyjną. Jeżeli samorząd decyduje się na finansowanie/ dofinansowanie działań profilaktycznych realizowanych przez organizacje pozarządowe lub inne instytucje działające lokalnie, to rekomenduje się finansowanie jedynie kosztów ściśle związanych z profilaktyką (np. druk materiałów, warsztatów czy prezentacji z obszaru promocji zdrowia psychicznego, edukacji na temat szkodliwości substancji psychoaktywnych).

- Upowszechnianie wiedzy na temat potwierdzonego badaniami naukowymi rakotwórczego działania alkoholu na organizm człowieka**

Jednym z istotnych społecznie zjawisk, któremu warto poświęcić szczególną uwagę w ramach gminnych programów rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, jest potwierdzone badaniami naukowymi rakotwórcze działanie alkoholu. Ogólnie dostępna substancja psychoaktywna, jaką jest alkohol, przyczynia się do wzrostu ryzyka zachorowania na nowotworowy – Międzynarodowa Agencja ds. Badań nad Nowotworami plasuje alkohol etylowy wśród czynników najwyższego ryzyka o działaniu rakotwórczym.

Alkohol zwiększa ryzyko zachorowania na przynajmniej kilku rodzajów nowotworu, w tym: raka jamy ustnej, raka wątroby, raka krtani, raka przełyku, raka piersi, raka gardła, raka jelita grubego oraz raka okrężnicy. Jak odnotowano, spożywanie tylko jednej porcji standardowej alkoholu dziennie, czyli do 10 g 100% alkoholu etylowego, może przyczyniać się do rozwoju nowotworu. Warto pamiętać, że nie rodzaj alkoholu, a jego ilość, wpływa na ryzyko zachorowania na raka. Zgodnie z danymi zebr-

nymi przez WHO, w 2020 roku najpowszechniej występującymi nowotworami w Polsce, biorąc pod uwagę obie płcie i wszystkie grupy wiekowe, był rak: płuc, jelita grubego, piersi i prostaty. Według prognoz Krajowego Rejestru Nowotworów do 2025 roku nastąpi wzrost liczby zachorowań wśród kobiet o 25,1% (do 99,5 tys.) i o 13,9% wśród mężczyzn (do 90,4 tys.).

W ramach Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem powstała lista wskazówek profilaktycznych, których stosowanie w codziennym życiu wpisuje się w profilaktykę zdrowotną. W dokumencie „12 sposobów na zdrowie” wskazano działania, które ograniczają ryzyko zachorowania na raka (https://www.cancer.eu/wp-content/uploads/2018/01/ecac_pl.pdf). Powyższy materiał może stanowić podstawę do różnorodnych działań edukacyjno-profilaktycznych adresowanych do poszczególnych grup odbiorców.

Prowadzone działania (w tym opracowywane materiały informacyjno-edukacyjne) powinny być wolne od języka i obrazów wzbudzających lęk i negatywne skojarzenia. Delikatność tematu potwierdzają wyniki badania opinii społecznej z 2022 roku pt. „Co wiemy o nowotworach i jak je postrzegamy”, z których wynika, że choroby nowotworowe zostały wskazane przez Polaków jako wzbudzające największe obawy (62,2%).

Działania rekomendowane i nierekomendowane

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Podejmowanie działań informacyjno-edukacyjnych na temat rakotwórczego wpływu alkoholu na stan zdrowia człowieka.	● Włączanie się w ogólnopolskie kampanie, a także organizacja lokalnych kampanii edukacyjnych oraz udostępnianie materiałów edukacyjnych, takich jak: ulotki, broszury, publikacje naukowe, plakaty), zwiększających w społeczeństwie wiedzę na temat rakotwórczego wpływu alkoholu na zdrowie człowieka (materiały na stronie: www.kcpu.gov.pl). ● Prowadzenie działań edukacyjnych w szkołach ponadpodstawowych i wyższych (zwłaszcza medycznych) z zakresu powyższej tematyki przy wykorzystaniu specjalistycznej wiedzy i materiałów edukacyjnych. ● Pozyskiwanie do współpracy specjalistów (w tym onkologów, psychoonkologów) jako wsparcie merytoryczne i eksperckie w prowadzonych działaniach oraz nagłaśnianie tematu rakotwórczego działania alkoholu w lokalnych mediach i prasie, portalach tematycznych związanych z edukacją prozdrowotną.

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
2. Szkolenia dla różnych grup zawodowych.	Edukacja przedstawicieli różnych grup zawodowych mających bezpośredni kontakt z pacjentem/klientem, (szczególnie terapeutów uzależnień, psychologów i psychoonkologów, dietetyków, fizjoterapeutów, pracowników socjalnych, kuratorów) oraz personelu medycznego placówek podstawowej opieki zdrowotnej z zakresu rakotwórczego działania alkoholu i jego wpływu na stan zdrowia człowieka (materiały są dostępne na stronie www.kcpu.gov.pl).

2.3.4. Ograniczenie spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży oraz budowanie systemu wsparcia i terapii dla dzieci ze Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD) i ich rodziców/opiekunów

Jednym z istotnych społecznie zjawisk, któremu warto poświęcić szczególną uwagę w ramach realizowanych zadań wynikających z gminnych programów rozwiązywania problemów alkoholowych, jest spożywanie alkoholu w ciąży i związane z tym konsekwencje zdrowotne dla dziecka. Szacuje się, że Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD) to najbardziej rozpowszechnione w Europie niegenetyczne schorzenie neurorozwojowe. Trudno jest oszacować rozpowszechnienie spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży. Wyniki różnych badań wskazują na rozpiętość zjawiska w przedziale od 5–10% do aż 39%.

Zgodnie z wynikami badania populacyjnego ALICJA (Alkohol i Ciąża – Jak Pomóc Dziecku), przeprowadzonego przez PARPA w 2015 roku, w Polsce Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (FASD) występuje nie rzadziej niż u 20 na 1000 dzieci w wieku 7–9 lat, zaś Płodowy Zespół Alkoholowy (FAS) nie rzadziej niż u 4 na 1000 dzieci. Powyższe wyniki pozwalają przypuszczać, że w Polsce każdego roku na świat przychodzi między 7 a 8 tys. dzieci z FASD. Liczby te wskazują na konieczność prowadzenia działań edukacyjnych adresowanych do przedstawicieli różnych grup zawodowych. Szczególnie należy podkreślić wagę kompetencji grona medycznego, psychologicznego, pedagogicznego, pracowników socjalnych oraz przedstawicieli wymiaru sprawiedliwości. To od ich wiedzy i niestygmatyzującej, pełnej szacunku i zrozumienia postawy wobec kobiet, które mogły pić alkohol, np. zanim się dowiedziały, że są w ciąży, zależy skuteczność działań profilaktycznych, diagnozy i terapii FASD. Edukacja ta jest tym bardziej potrzebna, że jak pokazują wyniki badań, tylko co trzecia z badanych kobiet w ciąży (18–49 lat) otrzymała od ginekologa zalecenie, aby nie pić alkoholu w czasie ciąży. Całkowitą abstynencję w okresie całej ciąży oraz karmienia piersią zalecają, zgodnie z wynikami badań, eksperci zajmujący się tematyką FASD. Takie zalecenie wydało także Polskie Towarzystwo Ginekologiczne.

Działania rekomendowane i nierekomendowane

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Podejmowanie lokalnych działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących szkodliwości spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży.	Rekomenduje się włączanie się w ogólnopolskie kampanie/organizowanie lokalnych kampanii edukacyjnych oraz udostępnianie materiałów edukacyjnych, takich jak: ulotki, broszury, publikacje naukowe, plakaty, mających na celu zwiększenie w społeczeństwie (w szczególności chodzi o nastolatki 15+, młodych dorosłych, w tym kobiety planujące ciążę) świadomości na temat szkód wynikających z picia alkoholu w ciąży oraz w okresie karmienia piersią.
2. Realizacja zajęć i programów edukacyjnych dla młodzieży.	Ważnym działaniem z punktu widzenia profilaktyki spożywania alkoholu w trakcie ciąży jest realizacja w szkołach, zwłaszcza ponadpodstawowych, zajęć edukacyjnych obejmujących zagadnienia związane z koniecznością zachowania abstynencji w czasie ciąży. Edukowanie powinno także dotyczyć wpływu alkoholu na zdrowie jednostki (materiały są dostępne na stronie: www.kcpu.gov.pl).
3. Szkolenia dla różnych grup zawodowych.	Rekomenduje się organizowanie i finansowanie szkoleń dla przedstawicieli różnych służb, pracowników systemu zdrowia, oświaty, pomocy społecznej i resortu sprawiedliwości, w zakresie wiedzy na temat konsekwencji spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży. Sprzyja to zapewnieniu zindywidualizowanej pomocy i wsparcia dla kobiet z grupy ryzyka urodzenia dziecka z FASD (indywidualne pakiety pomocowe dostosowane do specyficznych potrzeb każdej kobiety, obejmujące pomoc w zakresie problemów alkoholowych i innych uzależnień, przemocy, traumy oraz problemów zdrowotnych).
4. Działania informacyjne i profilaktyczne w placówkach POZ i poradniach specjalistycznych.	Niezbędnym działaniem w ramach profilaktyki zdrowotnej i zapobiegania FASD jest upowszechnianie wśród personelu medycznego placówek podstawowej opieki zdrowotnej i poradni ginekologicznych materiałów dotyczących zapobiegania FASD (dostępne m.in. pod linkiem: https://www.ciazabezalkoholu.pl/images/file/ZAPOBIEGANIE_FASD.pdf) oraz prowadzenie działań mających na celu promowanie realizacji badań przesiewowych i krótkiej interwencji pod kątem problemów związanych z alkoholem wśród kobiet w wieku rozrodczym, w tym kobiet w ciąży.

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
5. Zwiększanie dostępności i podnoszenie jakości pomocy i działań wspierających dzieci z FASD i ich rodzin.	Wspieranie i finansowanie miejsc, w których można uzyskać diagnozę w zakresie FASD oraz wsparcie i pomoc dla dzieci z FASD, a także ich rodzin. Zaleca się, aby diagnoza była przeprowadzana zgodnie z przyjętymi w Polsce rekomendacjami, opublikowanymi w czasopiśmie „Medycyna Praktyczna-Pediatrica”, wydanie specjalne 1/2020. Więcej informacji na stronie: http://www.ciazabezalkoholu.pl/polskie-kryteria-diagnostyczne-fasd

Nie są rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Krótkoterminowe szkolenia diagnostów FASD.	Krótkie szkolenia zakończone Certyfikatem Diagnosty FASD budzą zastrzeżenia i wątpliwości dotyczące kompletności wiedzy merytorycznej i praktycznej, czyli niezbędnych elementów w rzetelnych działaniach edukacyjnych. Konieczne jest także zwracanie uwagi na kompetencje osób prowadzących szkolenia, np. kwestie medyczne, takie jak nauka pomiaru dysmorfii, powinny być omawiane przez lekarza.
2. Stawianie diagnoz (w kilka godzin) przez niepełny zespół diagnostyczny.	Diagnoza FASD wymaga wielowymiarowej analizy zaburzeń i problemów, z jakimi boryka się pacjent. Zespół diagnostyczny powinien składać się minimum z lekarza i psychologa (patrz: <i>Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych</i>). Zalecenia opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów znajdują się w czasopiśmie „Medycyna Praktyczna-Pediatrica”, wydanie specjalne 1/2020.

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

Prowadzenie działań w obszarze profilaktyki, rozwiązywania problemów wynikających z uzależnień oraz integracji społecznej osób z uzależnieniami stanowią zadania własne gminy. Realizacja tych działań prowadzona jest na podstawie zadań określonych w gminnych programach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, których obowiązek opracowania nakłada na jednostki samorządu terytorialnego ustawa z dnia 17 grudnia 2021 roku o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw. Ta sama ustawa umożliwiła w ramach gminnych programów realizację zadań dotyczących przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym, zawężając jednakże zakres tych działań do prowadzenia **profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej oraz działalności szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii oraz uzależnieniom behawioralnym**.

2.3.5.1. Rozpowszechnienie uzależnień behawioralnych w społeczeństwie polskim

Gry hazardowe

Zgodnie z wynikami badania Centrum Badania Opinii Społecznej, przeprowadzonego w latach 2018–2019⁴ osoby grające w czasie ostatnich 12 miesięcy na pieniądze stanowiły 37,1% populacji osób w wieku powyżej 15. roku życia. Spośród wszystkich grających, 32,8% Polaków gra bez ryzyka powstania problemów, 2,7% charakteryzuje się niskim poziomem ryzyka uzależnienia, 0,9% – poziomem umiarkowanym i tyle samo (0,9%) gra na pieniądze w sposób wysoce ryzykowny (zagrożenie patologicznym hazardem). **Liczbę Polaków w wieku 15+ uprawiających obecnie patologiczny hazard szacuje się na ok. 27 tys. osób. W poprzedniej edycji badania, w 2015 roku, liczbę grających patologicznie szacowano na 34 051 osób, co sugeruje, że w ciągu tego okresu nastąpił spadek o blisko 20%.** Polacy najczęściej grają w gry Totalizatora Sportowego (27,4%). Na kolejnym miejscu, ze znacznie słabszym wynikiem, plasują się zdrapki (16,3%), a dalej loterie lub konkursy SMS-owe (6,3%) oraz automaty do gier z tzw. niskimi wygranymi (3,8%). Symptomy problemu z hazardem częściej występują u mężczyzn niż u kobiet; nieletnich (poniżej 18. roku życia) i osób bardzo młodych (18–24 lata) niż u osób starszych, u osób z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym niż lepiej wykształconych; u osób oceniających swoją sytuację materialną jako złą niż oceniających ją jako średnią lub dobrą. Wyniki badania ESPAD wskazały, że przynajmniej jednokrotne uczestnictwo w grach hazardowych zadeklarowało 18,2% badanych piętnasto–szesnastolatków oraz 21,4% siedemnasto–osiemnastolatków⁵. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem uczestniczyło w grach hazardowych 5,5% uczniów z młodszej kohorty i 7,9% uczniów ze starszej kohorty. Porównanie wyników z 2019 roku z wynikami wcześniejszych badań wskazuje na trend spadkowy odsetka badanych, którzy grali w gry hazardowe kiedykolwiek w życiu, oraz tych, którzy robili to w czasie ostatnich 12 miesięcy. Wskaźnik grania w czasie ostatnich 30 dni w starszej kohorcie nie uległ zmianie, zaś w młodszej zmniejszył się dopiero w 2019 roku. W obu badanych kohortach rozpowszechnienie grania w gry hazardowe jest większe wśród chłopców niż wśród dziewcząt.

Nadużywanie Internetu oraz nowoczesnych technologii

Według wyników badania CBOS (2019) przynajmniej sporadyczne korzystanie z Internetu deklaruje blisko trzy czwarte (74,2%) Polaków w wieku 15 lat i więcej. Większość badanych (59,2%) korzysta z Internetu codziennie lub prawie codziennie. W roku 2019 przeważająca większość korzystających z sieci (98,0% z nich) to przeciętni użytkownicy, niemający w codziennym życiu problemów w związku z korzystaniem z Internetu. Problem z uzależnieniem od Internetu (problemowe użytkowanie Internetu – PUI) przejawiało w 2019 roku 0,03% badanej populacji, co stanowi 0,04% osób korzystających z sieci. Zagrożonych uzależnieniem od Internetu jest 1,4% ogółu badanych, co stanowi 1,9% korzystających z Internetu. **W liczbach bezwzględnych jest to – szacunkowo – ok. 465 000 osób.** Zagrożeni uzależnieniem lub już uzależnieni rekrutują się głównie spośród osób poniżej 25. roku życia, przy czym najbardziej zagrożeni są niepełnoletni.

Co trzeci nastolatek (33,6%) wykazuje wysokie natężenie wskaźników problemowego użytkowania Internetu (PUI), a trzech na stu – osiąga bardzo wysokie wskaźniki PUI (3,2%). Wśród badanych

⁴ CBOS (2019), *Raport z badań Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych* (dostęp online: <https://kcpu.gov.pl/uzaleznienia-behawioralne/badania/>).

⁵ Raport z badań ESPAD (2019) dostępny pod linkiem: https://www.cinn.gov.pl/portal?id=15&res_id=1880417 (dostęp: 10.08.2023).

nastolatków 64,1% przyznaje, że powinna mniej korzystać z telefonu. Prawie co trzeci nastolatek (29,8%) odczuwa potrzebę stałego korzystania ze smartfona, a 50,2% podaje, że korzysta z telefonu dłużej niż zamierzał.

Ponadto, co trzeci nastolatek (31,0%) przyznaje, że nie jest w stanie funkcjonować bez smartfona, a co czwarty (24,8%) odczuwa zniecierpliwienie oraz zdenerwowanie, gdy nie może z niego korzystać. 37,9% młodych ludzi podejmuje zakończone niepowodzeniem próby ograniczania korzystania z telefonu, a 26,1% z powodu używania go zaniedbuje zaplanowane czynności lub obowiązki. Rodzice mają świadomość problemu, lecz brakuje im dość dokładnego wglądu w to, jak bardzo smartfony i Internet stały się częścią życia ich dzieci. Czterech na pięciu rodziców wskazuje, że ich dziecko powinno mniej korzystać ze swojego telefonu/smartfona (79,6%), jednak w większości przypadków nie doszacowują oni skali problemu.

W badaniach CBOS w 2019 roku⁶ po raz pierwszy została uwzględniona kwestia kontaktu małych dzieci z Internetem poprzez blok pytań adresowanych do rodziców bądź opiekunów dzieci w wieku 1–5 lat. Z deklaracji rodziców wynika, że z urządzeń mobilnych korzysta jedna trzecia dzieci między 12. a 23. miesiącem życia i blisko dwie trzecie dzieci mających od 2 do 5 lat. Wśród najmłodszych dzieci średni czas spędzany w ciągu dnia z mobilnym ekranem wynosi 44 minuty, a wśród starszych – 49 minut.

Na ogół spędzają one czas z urządzeniami przenośnymi w towarzystwie rodziców lub innych osób dorosłych, w mniejszym stopniu same. Jak deklarują rodzice, treści, z którymi dzieci mają styczność poprzez mobilne ekrany, przeważnie są dostosowane do ich wieku. Jednak można zauważyć, że najmłodsze dzieci (12–23 miesiące) około trzykrotnie częściej niż te starsze (2–5 lat) konsumują treści zróżnicowane, nie tylko takie, które są adresowane wyłącznie do dzieci. Powyższe dane korespondują z badaniami pod nazwą „Brzdąc w sieci – zjawisko korzystania z urządzeń mobilnych przez dzieci w wieku 0–6 lat”⁷ przeprowadzonymi przez Akademię Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. Badanie wykazało, że nieco ponad połowa dzieci w wieku od 0 do 6 lat (54%) korzysta z urządzeń mobilnych, takich jak smartfon, tablet, smartwatch czy laptop.

Powyższe badania identyfikują również sytuacje, w których rodzice najczęściej udostępniają dzieciom urządzenia mobilne: „podczas podróży, posiłków i podczas toalety, kiedy dzieci się nudzą, płaczą lub marudzą”.

Należy zwrócić uwagę, że zgodnie z rekomendacjami Amerykańskiej Akademii Pediatrii (AAP) dzieci w wieku do 18. miesiąca życia nie powinny mieć kontaktu z ekranami telewizyjnymi, komputerowymi czy mobilnymi, natomiast między 18. a 24. miesiącem rodzice mogą zacząć wprowadzać wybrane programy o tematyce edukacyjnej, oglądając je jednocześnie z dziećmi i pomagając w ich rozumieniu. W przypadku dzieci mających od 2 do 5 lat, AAP zaleca nieprzekraczanie 1 godziny dziennie oraz dobór odpowiednich do wieku treści i – podobnie jak w przypadku dzieci młodszych – wsparcie rodzica w objaśnianiu tego, co dzieje się na ekranie.

⁶ CBOS (2019). Raport z badania: *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych* (dostęp online: <https://kcpu.gov.pl/uzaleznienia-behawioralne/badania/>).

⁷ Rowicka, M. (2020). Raport z badania: *Brzdąc w sieci – zjawisko korzystania z urządzeń mobilnych przez dzieci w wieku 0–6 lat*, <https://kcpu.gov.pl/uzaleznienia-behawioralne/badania/>.

Inne uzależnienia behawioralne

- **Zakupy** – Symptomy kompulsywnego kupowania w 2019 roku wykazywało 3,7% populacji Polaków w wieku powyżej 15. roku życia, co w liczbach bezwzględnych można oszacować na ponad milion osób. Zjawisko kompulsywnego kupowania różnicuje przede wszystkim wiek – osoby poniżej 35. roku życia zdecydowanie częściej niż starsi wykazują symptomy kompulsywnego kupowania. Kategorią szczególnie zagrożoną uzależnieniem od zakupów są osoby w wieku od 15 do 17 lat. Odsetek najmłodszych respondentów wykazujących symptomy problemowego kupowania zwiększył się od 2015 do 2019 roku o 5,6 punktu procentowego, z 8,5% do 14,1%. Na kompulsywne zakupy bardziej narażone są kobiety niż mężczyźni. Problem kompulsywnego kupowania może dotyczyć 5,2% kobiet i 2,0% mężczyzn. Wyniki badania wskazują także na współwystępowanie uzależnień behawioralnych – osoby przejawiające symptomy uzależnienia od zakupów częściej niż niezagrożeni wykazują także objawy innych problemów behawioralnych. Więcej niż jedna piąta z tej grupy to osoby mające jednocześnie problem z uzależnieniem od pracy; więcej niż co siódmy jest zagrożony uzależnieniem od Internetu.
- **Praca** – W 2019 roku prawie jedna dziesiąta Polaków powyżej 15. roku życia (9,1%) miała problem z uzależnieniem od pracy. Zarówno uzależnienie, jak i zagrożenie uzależnieniem dotyka przede wszystkim młodych dorosłych, poniżej 35. roku życia, w szczególności osoby w wieku 25–34 lata. Istotnym czynnikiem ryzyka są różne aspekty aktywności zawodowej. Zagrożeniu pracoholizmem sprzyja w szczególności praca na własny rachunek, natomiast czynnikiem zagrażającym w kontekście uzależnienia od pracy jest pełnienie funkcji kierowniczych, odpowiedzialność za pracę innych osób lub kierowanie projektami. Wyniki badania z 2019 roku, podobnie jak w poprzednich badaniach, wskazują, że na poziomie ogólnym w badanej populacji Polaków w wieku 15+ zagrożenie pracoholizmem dotyka kobiety i mężczyzn w podobnym stopniu.

2.3.5.2. Profilaktyka uzależnień behawioralnych

Profilaktyka uzależnień behawioralnych ma na celu ograniczanie występowania niepożądanych zjawisk związanych z zaburzeniami zachowań, jak np. ryzykowne lub szkodliwe granie w gry hazardowe czy nadmierne granie w gry komputerowe oraz zapobieganie różnorodnym szkodom zdrowotnym i społecznym, wynikającym z tych zaburzeń. Podobnie jak w przypadku innych zachowań problemowych, takich jak używanie substancji psychoaktywnych, stawia sobie za cel: wspieranie czynników chroniących i redukcję wpływu czynników ryzyka. W szkołach najczęściej realizowane są oddziaływania z poziomu uniwersalnego, czyli kierowane do wszystkich osób (w danej grupie wiekowej). Są one podejmowane przez pedagogów i czasem mają charakter autorski. Takie działania mogą być również realizowane przez zewnętrzny podmiot (najczęściej organizację pozarządową), który prowadzi cykl spotkań z uczniami, np. podczas godziny wychowawczej lub po zajęciach szkolnych. Inną formą realizacji profilaktyki jest przeszkolenie kadry pedagogicznej (np. psychologa lub pedagoga szkolnego, ale także nauczycieli) do realizacji oddziaływań zgodnie ze scenariuszem danego programu⁸. Należy pamiętać, że oddziaływania profilaktyczne powinny składać się tylko ze strategii o potwierdzonej skuteczności i opartych na podstawach naukowych, a także powinny być dostosowane do wieku rozwojowego grupy objętej oddziaływaniami.

⁸ Rowicka, M., (2022). *Nadużywanie cybermediów i inne problemy behawioralne wśród dzieci i młodzieży – od badań do profilaktyki*, Warszawa, s. 21.

Przykłady programów profilaktycznych:

- **„Wspólne kroki w Cyberświecie”** – celem programu jest ukształtowanie u dzieci uczących się w klasach III szkoły podstawowej wiedzy i umiejętności, które sprzyjają bezpiecznemu korzystaniu z Internetu i innych mediów elektronicznych, ale także chronią przed innymi uzależnieniami behawioralnymi. Program znajduje się w bazie programów rekomendowanych.
- **„Loguj się z głową”** – adresowany do uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych oraz rodziców i opiekunów. Program ma za zadanie ukształtowanie u dzieci/młodzieży wiedzy i umiejętności, które sprzyjają bezpiecznemu korzystaniu z Internetu i mediów elektronicznych oraz chronią przed problemowym korzystaniem z technologii. Program ten, pomimo, iż nie znajduje się na liście programów rekomendowanych, uzyskał rekomendację Ministerstwa Edukacji i Nauki i jest polecany do realizacji przez samorządy. (<https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/loguj-sie-z-glowa-czyli-jak-bezpiecznie-korzystac-z-internetu>).

Działania rekomendowane i nierekomendowane

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Realizacja programów profilaktycznych o potwierdzonej skuteczności oraz programów opartych na dowodach naukowych, adresowanych do dzieci i młodzieży.	Ważne jest, aby podejmować działania, które są oparte na najnowszej wiedzy z zakresu profilaktyki, a jednocześnie dbać, by zostały one poddane ewaluacji. Przy wyborze programu warto zwrócić uwagę m.in. na jego adekwatność do problemów określonych w diagnozie lokalnej oraz do grupy docelowej. Istotne jest także sprawdzenie, czy treści programów są dostosowane do wieku rozwojowego, a więc możliwości poznawczych, emocjonalnych i fizycznych uczniów. Listę programów rekomendowanych przez KCPU, ORE i IPiN w ramach <i>Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego</i> można znaleźć na stronie www.programyrekomendowane.pl w zakładce programy.
2. Edukacja rodziców i aktywna współpraca z nimi w obszarze profilaktyki.	Największy wpływ na rozwój dziecka mają rodzice – są oni wzorem dla swoich dzieci, zatem ich stosunek do alkoholu, innych substancji czy hazardu, a nawet gier komputerowych może ukierunkować zachowania młodego człowieka. Rodzice powinni posiadać wiedzę i umiejętności dotyczące tego, jak rozmawiać z dzieckiem, stosować jasne zasady i standardy zachowania. Warsztaty dla rodziców czy programy profilaktyczne kierowane do dzieci, włączające także rodziców, których celem jest poszerzanie wiedzy i umiejętności w tym zakresie, mogą być realizowane na terenie szkoły we współpracy z organizacjami pozarządowymi czy psychologami.

Nie są rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Organizacja pikników i festynów.	Programy środowiskowe nie powinny być utożsamiane z piknikami czy festynami, podczas których działania profilaktyczne stanowią mały, często uboczny element oferty rozrywkowej, rekreacyjnej, sportowej czy muzycznej. Jeżeli samorząd decyduje się na włączenie działań profilaktycznych w tego typu wydarzenie, rekomenduje się finansowanie jedynie kosztów ściśle związanych z profilaktyką (np. druk materiałów, organizowanie punktu konsultacyjno-informacyjnego).
2. Prowadzenie działań i programów, które nie spełniają standardów jakości w profilaktyce.	Przy rozpatrywaniu wniosków konkursowych lub próśb ze strony placówek oświatowych należy sugerować się przede wszystkim jakością merytoryczną oferty. Najważniejszym i decydującym wskaźnikiem jakości programu powinna być jego skuteczność, udowodniona w metodologicznie poprawnie przeprowadzonych badaniach ewaluacyjnych. Nie zaleca się finansowania programów: 1/ zbyt krótkich, 2/ prowadzonych wyłącznie przez osoby z zewnątrz, bez udziału nauczycieli, 3/ które nie przewidują aktywnej współpracy z rodzicami, 4/ których przebieg nie jest jasno opisany 5/ które nie mają dobrze przygotowanych materiałów edukacyjnych.
3. Realizacja działań obejmujących wyłącznie alternatywne formy spędzania wolnego czasu.	Wszelkie działania polegające na organizowaniu dzieciom i młodzieży czasu wolnego np. kółko fotograficzne, taneczne nie wpływają na ograniczenie podejmowania zachowań ryzykownych. Zagospodarowanie czasu wolnego stanowi uzupełniającą strategię profilaktyczną i oznacza to, że stosowana samodzielnie, nie wpływa skutecznie na ograniczenie czy eliminację danego zachowania ryzykownego. Natomiast zastosowane razem ze strategiami wiodącymi – wzmacniają ich pozytywne działanie.
4. Prowadzenie przez punkty konsultacyjne terapii uzależnień behawioralnych.	Punkty konsultacyjne nie mogą być miejscem diagnozy i terapii uzależnień behawioralnych z uwagi na to, że nie posiadają do tego uprawnień.

Nie są rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
5. Finansowanie terapii uzależnień behawioralnych w ramach realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii.	Ustawodawca zawęził możliwość finansowania uzależnień behawioralnych jedynie do zakresu szkoleń i działań edukacyjno-profilaktycznych. Oznacza to, że nie ma możliwości sfinansowania terapii uzależnień behawioralnych w ramach ww. programów.

2.3.5.3 Edukacja publiczna w zakresie uzależnień behawioralnych

Wyniki pierwszego badania przeprowadzonego w 2012⁹ roku wskazały, że problem uzależnień behawioralnych w porównaniu z uzależnieniami chemicznymi w opinii społecznej ma znacznie mniejszą wagę. Funkcjonujący w społeczeństwie obraz uzależnień behawioralnych w dużym stopniu oparty jest na stereotypach. Dla przykładu, hazard traktowany jest jako „rozrywka dla bogatych”, a hazardzista to człowiek zamożny (a przynajmniej mający pieniądze na grę), o słabym charakterze, a przy tym szukający silnych wrażeń, chciwy i liczący na „łatwe pieniądze”, z kolei zakupoholizm to przypadłość przede wszystkim zamożnych, niepracujących kobiet, rozrzutnych, mających słaby charakter, a przy tym próżnych i lekkomyślnych. Brak postrzegania uzależnień behawioralnych w kategoriach problemów wymagających pomocy korespondował z negatywnymi opiniami badanych na temat ewentualnego leczenia tego rodzaju zaburzeń ze środków publicznych. Społeczeństwo chętniej zgadza się na finansowanie terapii osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków niż od czynności. Ostatni pomiar w 2019 roku wskazuje na powolną zmianę w dostrzeganiu zagrożeń wynikających z uzależnień behawioralnych, jednak wśród tych uzależnień nadal tylko hazard ma w odbiorze społecznym „ciężar gatunkowy” zbliżony do uzależnień o charakterze chemicznym. W kontekście przywołanych wyżej wyników badań, jednym z zadań gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, powinno być upowszechnianie wiedzy dotyczącej uzależnień behawioralnych, w tym wydawanie i dystrybuowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych oraz prowadzenie kampanii społecznych. Jest to jedno z zadań wskazanych do realizacji przez m.in. jednostki samorządu terytorialnego w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025 w celu operacyjnym 2. Profilaktyka uzależnień w części „uzależnienia od zachowań”. W ramach edukacji publicznej warto promować istniejące już strony internetowe dotyczące tej problematyki np. www.uzaleznieniabehawioralne.pl, <https://pierwszekroki.net/>, www.anonimowihazardzisci.org oraz telefony zaufania, np.

- **801 889 880 Telefon Zaufania – Uzależnienia Behawioralne** (uzależnienia od hazardu, internetu, seksu, zakupów, pracy). Telefon działa codziennie, także w weekendy (za wyjątkiem świąt) w godzinach 17:00–22:00.
- **800 100 100** – oferuje bezpłatną i anonimową pomoc telefoniczną i online (www.800100100.pl) dla rodziców i nauczycieli, którzy potrzebują wsparcia i informacji m.in. w zakresie cyberprzemocy i zagrożeń związanych z nowymi technologiami. Telefon jest czynny od poniedziałku do piątku, w godzinach 12:00–15:00.

⁹ CBOS (2012). Raport z badań: *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych*, <https://www.kbpn.gov.pl/porta?id=1768880>.

Działania rekomendowane i nierekomendowane

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Prowadzenie działań mających na celu upowszechnianie wiedzy dotyczącej uzależnień behawioralnych, w tym wydawanie i dystrybuowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych: plakatów, ulotek, biuletynów, książek dotyczących tej problematyki.	Należy wzmacniać przekaz podejmowanych działań edukacyjnych materiałami dotyczącymi danej problematyki, takimi jak: broszury, plakaty, ulotki. Materiały te mogą być przekazywane m.in. do szkół, punktów konsultacyjnych, placówek podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ośrodków pomocy społecznej (OPS), placówek leczenia uzależnień, jak również do policji i straży miejskiej. W ramach planowanych działań z zakresu edukacji publicznej można korzystać z istniejących zasobów internetowych, udostępnianych przez instytucje zajmujące się profilaktyką (np. stron internetowych prowadzonych przez KCPU), które zawierają treści edukacyjne i informacyjne na temat profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych czy uzależnień behawioralnych. Warto również promować istniejące już strony internetowe dotyczące tej problematyki, np. www.uzaleznieniabehawioralne.pl, www.pierwszekroki.net, www.anonimowihazardzisci.org Niezmiernie istotne jest wspieranie rozwoju zawodowego i kompetencji osób pracujących zawodowo w systemie rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniami m.in. poprzez prenumeratę lub zakup specjalistycznych opracowań, czasopism, publikacji czy materiałów multimedialnych. Warto także angażować w samorządowe działania informacyjno-edukacyjne osoby znane w lokalnych społecznościach, tj. sportowców, artystów i inne autorytety społeczne w celu uzyskania większej skuteczności oddziaływań.
2. Prowadzenie lokalnych kampanii edukacyjnych.	Duże znaczenie w edukacji publicznej ma prowadzenie lokalnych działań kampanijnych związanych z profilaktyką uzależnień, ze szczególnym uwzględnieniem systematycznie prowadzonych działań edukacyjnych (cyklicznych lub ciągłych). Wskazane jest włączanie się w ogólnopolskie kampanie edukacyjne dotyczące profilaktyki uzależnień behawioralnych (np. Pierwsze kroki w Cyberświecie, www.pierwszekroki.net), korzystając z narzędzi, które zostały udostępnione na stronie internetowej, a także poprzez dystrybucję plakatów, ulotek itp.

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
	W ramach realizowanych kampanii niezwykle ważne jest uruchamianie działań wykraczających poza przekaz medialny. Działania kampanijne należy uzupełniać konferencjami, naradami, seminariami i szkoleniami dla różnych grup zawodowych zajmujących się udzielaniem pomocy i wsparcia dzieciom, młodzieży, rodzinom i osobom z problemem uzależnień behawioralnych.
3. Przeprowadzanie testów przesiewowych z obszaru uzależnień behawioralnych.	Testy przesiewowe pozwalają na identyfikację osób zagrożonych występowaniem zaburzeń hazardowych. Ich celem jest wykrycie zaburzeń na wczesnym etapie rozwoju i umożliwienie podjęcia leczenia, co zapobiega wystąpieniu poważniejszych następstw zaburzenia w przyszłości. Testy przesiewowe wykonuje się w populacji generalnej bądź w grupach wysokiego ryzyka wystąpienia zaburzenia. Dzięki wykorzystaniu takich testów, możliwe jest postawienie wstępnego rozpoznania, wymagającego jednak potwierdzenia z wykorzystaniem bardziej szczegółowych metod diagnostycznych.
4. Podejmowanie lokalnej współpracy z instytucjami, regionalnymi mediami oraz budowanie lokalnych koalicji.	Edukacja publiczna może być realizowana przy wsparciu lokalnych instytucji i organizacji cieszących się uznaniem oraz lokalnych i regionalnych mediów. Współpraca z mediami nadaje wyższą rangę przekazywanym komunikatom i potwierdza ich wiarygodność. Ponadto współpraca z mediami jest ważnym elementem budowania społecznego poparcia dla działań w obszarze profilaktyki oraz edukacji społecznej. Działania mogą również obejmować monitorowanie treści artykułów pod kątem uzależnień behawioralnych, publikowanie artykułów na ten temat, prezentowanie w lokalnych i regionalnych mediach gminnych działań profilaktycznych i ich efektów, prezentowanie wyników lokalnych badań czy planów działania. Istotne jest również budowanie lokalnych koalicji na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z uzależnień behawioralnych, także w ramach porozumień z innymi samorządami lokalnymi czy we współpracy z samorządem województwa. Ważne jest także nagłaśnianie tych działań przy okazji różnych wydarzeń w gminie oraz z wykorzystaniem dostępnych kanałów informacyjnych.

Nie są rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Podejmowanie współpracy w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniem od hazardu z firmami działającymi w obszarze gier hazardowych.	Łączenie działań profilaktyczno-edukacyjnych dotyczących uprawiania hazardu z działalnością firm z rynku gier hazardowych może zakłócać przejrzystość i jednoznaczność komunikatu kierowanego do dzieci i młodzieży.

2.3.5.4 Edukacja kadr (w tym szkolenia) uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki uzależnień behawioralnych

Niezmierzalnie istotne jest, aby nieustannie wspierać rozwój zawodowy i kompetencje osób pracujących zawodowo w systemie rozwiązywania problemów alkoholowych przeciwdziałania narkomanii i problemów związanych z uzależnieniami behawioralnymi, przekłada się to bowiem na jakość udzielanych świadczeń i kształtowanie adekwatnej do potrzeb polityki zdrowotnej.

Poniżej została zamieszczona przykładowa lista różnych grup zawodowych, które w swojej pracy mogą spotykać się z tematem uzależnień/zagrożeń behawioralnych i dla których rekomenduje się organizowanie szkoleń i konferencji: w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii:

- nauczyciele i pedagodzy/psycholodzy pracujący w placówkach oświatowych, wychowawczych oraz w poradniach pedagogiczno-psychologicznych,
- profilaktycy,
- terapeuci z placówek leczenia uzależnień,
- konsultanci w punktach konsultacyjnych (W punktach konsultacyjnych nie można prowadzić diagnozy i leczenia, ale oferta tych punktów może obejmować udzielanie konsultacji i informacji na temat uzależnień behawioralnych.),
- pracownicy socjalni i asystenci rodziny (Służby społeczne powinny posiadać wiedzę z zakresu różnych problemów, które dotyczą rodziny, a jednym z nich mogą być uzależnienia behawioralne czy problemowe użytkowanie Internetu/gier przez dzieci i młodzież.),
- kuratorzy sądowi,
- lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i lekarze psychiatry (Zarówno rodziny osób uzależnionych, jak i sami uzależnieni mogą poszukiwać pomocy w związku z różnymi dolegliwościami somatycznymi i psychicznymi, których źródłem może być hazard lub inne zaburzenia czynnościowe.),
- członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych (Członkowie GKRPA biorą udział w pracach nad gminnym programem, którego elementem są uzależnienia behawioralne, a także – prowadząc rozmowy motywujące do podjęcia leczenia uzależnienia – mogą spotkać się z sytuacją, kiedy osoba zobowiązana do leczenia jednocześnie problemowo uprawia hazard. Dlatego też członkowie GKRPA powinni być przygotowani do tego, aby przekazać stosowną informację zwrotną klientowi i motywować go do poszukiwania pomocy również z powodu uzależnień behawioralnych.),
- członkowie grup diagnostyczno-pomocowych, podobnie jak członkowie gminnych komisji, mogą spotkać się z klientami stosującymi przemoc i jednocześnie będącymi osobami uzależnionymi behawioralnie,

- pracownicy kasyn i zakładów bukmacherskich, w tym pracownicy, którzy mają bezpośredni kontakt z graczem, np. sprzedawcy, krupierzy, kolektorzy z zakresu odpowiedzialnej gry. Ustawa o grach hazardowych wymaga, aby podmiot prowadzący działalność w zakresie gier hazardowych wdrożył **regulamin odpowiedzialnej gry**. W jego opracowaniu, a także przestrzeganiu, mogą być pomocne szkolenia z zakresu uzależnień behawioralnych.

Więcej informacji można znaleźć w raportach i publikacjach dostępnych online:

- CBOS (2019). *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych*; <https://kcpu.gov.pl/uzaleznienia-behawioralne/badania>
- ESPAD (2019). https://www.cinn.gov.pl/portal?id=156&res_id=1880417
- Gwiazda, M. (2022). *Uczestnictwo w grach o charakterze hazardowym w: Raport z badań „Młodzież 2021”* <https://kcpu.gov.pl/statystyki-i-raporty/raporty-z-badan>
- Raport NASK *Nastolatki 3.0* (2021) <https://www.nask.pl/pl/raporty/raporty/4295,RAPORT-Z-BADAN-NASTOLATKI-30-2021.html>
- Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę (2019). *Problematyczne używanie internetu przez młodzież*; <https://kcpu.gov.pl/uzaleznienia-behawioralne/badania/>
- Rowicka, M. (2022). *Nadużywanie cybermediów i inne problemy behawioralne wśród dzieci i młodzieży – od badań do profilaktyki*; <https://kcpu.gov.pl/uzaleznienia-behawioralne/publikacje-i-edukacja-publiczna/>
- Rowicka, M. (2021). *Brzdąc w sieci – zjawisko korzystania z urządzeń mobilnych przez dzieci w wieku 0–6 lat*; <https://kcpu.gov.pl/uzaleznienia-behawioralne/badania/>
- <https://kcpu.gov.pl/uzaleznienia-behawioralne/publikacje-i-edukacja-publiczna/>
- www.pierwszekroki.net
- www.uzaleznieniabehawioralne.pl

2.3.6. Działania w zakresie ograniczenia populacji osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie

Szacuje się, że populacja osób pijących ryzykownie i szkodliwie jest aż cztery razy większa niż populacja osób uzależnionych od alkoholu i stanowi ok. 10% dorosłych mieszkańców Polski. Osoby pijące alkohol szkodliwie doświadczają z powodu picia negatywnych konsekwencji zdrowotnych, społecznych, psychologicznych, choć nie są uzależnione. Natomiast ryzykowne spożywanie alkoholu to picie nadmiernych jego ilości (jednorazowo i łącznie w określonym czasie), które aktualnie nie pociąga za sobą negatywnych konsekwencji, ale można oczekiwać, że te się pojawią, o ile obecny model picia nie zostanie zmieniony.

Działania rekomendowane i nierekomendowane

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Wdrażanie do podstawowej opieki zdrowotnej programów rozpoznawania i krótkiej interwencji (RKI) wobec osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie. Rekomenduje się: - finansowanie szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w obszarze RKI. Szczegółowy program szkolenia zaproponowało WHO w podręczniku pt. „Krótka interwencja dotycząca problemów związanych z używaniem alkoholu”. Ważne jest, by szkoleniami dotyczącymi wdrażania procedury obejmować nie tylko poszczególnych lekarzy czy pielęgniarki, lecz także całą placówkę podstawowej opieki zdrowotnej. Skuteczność wdrażania procedury RKI jest uzależniona m.in. od przychylnego nastawienia personelu, a szczególnie kadry kierowniczej; - zakup materiałów edukacyjnych dla personelu medycznego i pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. Dla skuteczności programu RKI ważne jest także zbudowanie systemu wsparcia dla personelu realizującego procedurę, w tym np. stworzenie podręcznej biblioteczki dla placówek POZ, dotyczącej wiedzy o problemach alkoholowych, dostarczenie placówkom POZ listy teleadresowej placówek leczenia uzależnienia od alkoholu z danego terenu oraz zaopatrzenie personelu podstawowej opieki zdrowotnej w materiały do wykonywania badań przesiewowych i materiały informacyjne dla pacjentów (broшуry, ulotki); - zapewnienie specjalistycznego wsparcia konsultanta (specjalisty psychoterapii uzależnień lub lekarza-edukatora) tym pracownikom POZ, którzy zdecydują się realizować badania przesiewowe i interweniować w sprawie ograniczenia picia swoich pacjentów;	Wspieranie lekarzy pierwszego kontaktu w stosowaniu metod rozpoznawania problemów alkoholowych pacjentów i krótkiej interwencji powinno być jednym z priorytetowych zadań zapisanych w programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. 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 rozpoznawania problemów alkoholowych pacjentów i krótkiej interwencji (RKI), tj. szybkiego i prostego wykonywania 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. Cennym źródłem informacji dla gminy rozważającej wdrażanie

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
finansowanie wdrażania programów RKI do praktyki klinicznej. Badanie przesiewowe w ramach WRKI nie powinno kończyć kontaktu lekarza POZ z pacjentem. Istotą tej metody jest podjęcie interwencji, która w przypadku osoby z podejrzeniem uzależnienia, powinna skutkować skierowaniem jej do placówki leczenia uzależnienia od alkoholu, a w przypadku osoby pijącej szkodliwie lub ryzykownie – podjęciem ustrukturyzowanej rozmowy, mającej na celu zmotywowanie pacjenta do ograniczenia picia do poziomu obniżającego ryzyko szkód i nauczanie go sposobów skutecznego ograniczania picia. Ważnym źródłem wsparcia dla osoby pragnącej nauczyć się ograniczać swoje picie alkoholu może być dostępna w Internecie, bezpłatna aplikacja E-POP, znajdująca się pod adresem https://e-pop.pl. Lekarz przeprowadzający procedurę RKI może odesłać pacjenta pijącego alkohol ryzykownie lub szkodliwie na tę stronę internetową, motywując go do podjęcia pracy nad zmianą stylu picia. Procedura RKI nie wchodzi w zakres świadczeń zdrowotnych refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Rekomenduje się gminom stworzenie takiego mechanizmu finansowego, który motywowałby lekarzy do prowadzenia tego typu działań. Najczęściej stosowanym rozwiązaniem jest w tym przypadku zawieranie porozumienia finansowego między samorządem a podmiotem prowadzącym działalność leczniczą, umożliwiającego wypłacanie wynagrodzenia lekarzom i pielęgniarkom za przeprowadzanie procedury wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji. Wynik testu przesiewowego oraz podjęcie przez pracownika medycznego interwencji wobec pacjenta nadużywającego alkoholu powinny być udokumentowane w historii choroby pacjenta.	procedury RKI w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej na swoim terenie oraz warunków skutecznego wdrażania procedury w POZ, w tym dotyczących także motywowania lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do przeprowadzania krótkich interwencji wobec pacjentów z problemami alkoholowymi, jest podręcznik WHO do szkolenia pracowników podstawowej opieki zdrowotnej pt. „Krótka interwencja dotycząca problemów związanych z używaniem alkoholu”. Podręcznik ten jest dostępny w języku polskim na stronie https://kcpu.gov.pl.

2.4. Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych oraz narkotykowych

Gminy, jako podmioty dysponujące środkami pochodzącymi z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, mają obowiązek przeznaczania tych funduszy wyłącznie na realizację zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Zadania te obejmują m.in. wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, o których mowa odpowiednio w art. 4¹ ust. 1 pkt. 5 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz w art. 10 ust. 1 pkt. 4 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Oznacza to, że istnieje możliwość aktywnego uczestnictwa powyżej wymienionych podmiotów jako realizatorów lub podwykonawców poszczególnych zadań gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałaniu narkomanii. Trzeba jednak pamiętać, że gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii ma charakter ściśle zadaniowy, a gmina, realizując poszczególne zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, **nie finansuje realizatorów poszczególnych zadań** (instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych) **tylko realizowane przez nich zadania**. Wspieranie organizacji pozarządowych powinno być prowadzone na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2022 r. poz. 1608), **gdzie w przypadku powierzania realizacji zadań podmiotom zewnętrznym** (takim jak stowarzyszenia rejestrowe i fundacje) przewiduje się odrębny tryb zlecania zadań określony w art. 14 ust. 1, tj. konkurs ofert na realizację zadań. Na podstawie art. 14 ust. 4 ww. ustawy wskazano, że do wyboru realizatorów zadań nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych oraz przepisów o prowadzeniu działalności pożytku publicznego (rozdział 2, dział III). Wnioskodawcami, w myśl ustawy o zdrowiu publicznym, mogą być podmioty, określone w art. 3 ust. 2, tj. „podmioty, których cele statutowe lub przedmiot działalności dotyczą spraw objętych zadaniami z zakresu zdrowia publicznego określonymi w art. 2 ustawy, w tym organizacje pozarządowe i podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 roku o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2023 r. poz. 571), spełniające kryteria wyboru wskazane w ogłoszeniu o konkursie oraz spełniające dodatkowe kryteria formalne określone przy opisie poszczególnych zadań konkursowych”.

Działania rekomendowane i nierekomendowane

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Wspieranie zadań realizowanych przez stowarzyszenia abstynenckie/trzeźwościowe.	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 2020 r. poz. 2261), która określa, iż jest ono dobrowolnym, samorządnym, trwałym zrzeszeniem o celach niezarobkowych. Po spełnieniu wymogów formalno-prawnych i wpisaniu do rejestru zyskuje osobowość prawną i staje się podmiotem formalnym. Każde stowarzyszenie posiada własne, szczegółowe obszary działalności, które są zapisane w statucie. Jeżeli będą one obejmować obszar profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, nie ma przeciwwskazań do udziału w konkursach na realizację zadań gminnego programu.
2. Udostępnianie pomieszczeń na spotkania grup samopomocowych.	Istnieje możliwość finansowania przez gminę – nieodpłatnie – miejsca na spotkania grup samopomocowych, trzeźwościowych i innych o podobnym charakterze.
3. Organizacja i prowadzenie zajęć rehabilitacyjnych dla osób uzależnionych.	Zajęcia rehabilitacyjne skierowane do osób uzależnionych i członków ich rodzin uczą umiejętności psychologicznych, społecznych i praktycznych. Programy rehabilitacyjne są to długofalowe działania na rzecz zmiany nawyków i utrwalania prawidłowych wzorów zachowań i funkcjonowania w życiu społecznym. Oddziaływania te są niezwykle istotnym elementem w procesie zdrowienia. Zapobiegają one wykluczeniu społecznemu i zapewniają integrację społeczną osobom z problemem alkoholowym oraz narkotykowym.

Nie są rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Wspieranie grup samopomocowych AA.	Ruch AA jest dobrowolną i nieprofesjonalną wspólnotą trzeźwościową, nieposiadającą formy prawnej, zatem finansowe wspieranie grup samopomocowych AA, Al.-Anon jest sprzeczne z obowiązującym prawem.
2. Finansowanie/ dofinansowanie klubów abstynenta.	Klub abstynenta jest wspólnotą nieformalną, miejscem, gdzie są prowadzone różnorodne działania wspierające trzeźwość jego członków i ich rodzin, a także propagującą tę ideę w społeczności lokalnej. Jest to miejsce spotkań i wspólnego spędzania czasu zarówno członków klubu, jak i osób z zewnątrz. Klub często posiada określone formy i reguły członkostwa, regulaminy czy strukturę organizacyjną, jednak to nie czyni go formalną organizacją.
3. Udzielanie pomocy materialnej osobom uzależnionym i ich rodzinom.	Działania gminnego programu nie mogą przybierać formy indywidualnej pomocy materialnej osobom uzależnionym od alkoholu, gdyż jest to zadanie z zakresu ustawy o pomocy społecznej.
4. Finansowanie bieżącej działalności stowarzyszeń, które nie realizują zadań w ramach gminnego programu.	Nie ma możliwości przekazania tzw. dotacji podmiotowej, która obejmowałaby tylko i wyłącznie finansowanie bieżących wydatków, remontów, doposażenia organizacji pozarządowej.

2.5. Wsparcie zatrudnienia socjalnego przez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej i klubów integracji społecznej

2.5.1. Podstawy prawne

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

Działalność centrów integracji społecznej (zwanym dalej CIS) i klubów integracji społecznej (zwanym dalej KIS), ich misja, cel, funkcje i zadania, grupy docelowe, sposób tworzenia i organizacji placówek zostały opisane w ustawie z dnia 13 czerwca 2003 roku o zatrudnieniu socjalnym (Dz.U. z 2022 r. poz. 2241). Zgodnie z jej zapisami podmioty zatrudnienia socjalnego realizują reintegrację zawodową i społeczną poprzez następujące usługi:

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

Placówki są przeznaczone w szczególności dla osób znajdujących się w kryzysie bezdomności, uzależnionych od alkoholu, narkotyków, osób z zaburzeniami psychicznymi, długotrwale bezrobotnych, zwalnianych z zakładów karnych, uchodźców, osób z niepełnosprawnościami. O przyjęcie do CIS może wnioskować osoba zainteresowana bądź jej przedstawiciel ustawowy, jak również zakład leczenia odwykowego, powiatowe centrum pomocy rodzinie, ośrodek pomocy społecznej lub centrum usług społecznych. O skierowaniu na zajęcia oferowane przez CIS decyduje ośrodek pomocy społecznej bądź centrum usług społecznych po przeprowadzeniu wywiadu środowiskowego przez pracownika socjalnego. Następnie kierownik CIS decyduje o przyjęciu lub nie osoby do realizacji Indywidualnego Programu Zatrudnienia Socjalnego w CIS (zwanego dalej IPZS) lub kontraktu socjalnego w KIS. Uczestnictwo w CIS gratyfikowane jest świadczeniem integracyjnym, codziennym posiłkiem, biletami komunikacji miejskiej oraz składkami na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, natomiast uczestnicy klubów nie otrzymują z tego tytułu żadnych świadczeń.

Centra integracji społecznej i kluby integracji społecznej są przykładem wdrożenia koncepcji aktywnej polityki społecznej opartej na zmianie podejścia do kolejności uzyskiwania przez niektóre grupy dysfunkcyjne wsparcia i pomocy państwa. Aktywna polityka oznacza, że osoby potrzebujące pomocy muszą także włączyć się w procesy likwidujące przyczyny ich trudności życiowych, a nie jak dotychczas – oczekiwać tylko świadczeń (głównie finansowych). W aktywnej polityce społecznej mottem działania jest idea „praca zamiast zasiłku”, a także silny nacisk na procesy integracyjne (instytucji, środowisk, ludzi).

2.5.2. Różnica między CIS a KIS

Centrum integracji społecznej jest pomostem pomiędzy pomocą społeczną a otwartym rynkiem pracy. Przebycie tej przestrzeni oznacza dla uczestników CIS konieczność zmierzania się z deficytami życiowymi i zawodowymi oraz konieczność odbudowania utraconych umiejętności lub nabywania nowych. Udział w programie zmusza odbiorców usług do aktywności intelektualnej, społecznej i zawodowej. Przyczynia się do usamodzielnienia i uwolnienia od systemu pomocy społecznej. CIS i KIS oferują nie tylko kompleksowe usługi z zakresu reintegracji społecznej i zawodowej, ale stały się spoiwem szerokiej koalicji lokalnej, składającej się z samorządu lokalnego, biznesu, organizacji pozarządowych. Powoduje to, że pomoc udzielona uczestnikom nie jest fragmentaryczna, jednorowa. Współpraca z powiatowymi urzędami pracy, ośrodkami pomocy społecznej, poradniami leczenia uzależnień i biznesem powoduje, że możliwe jest zbudowanie kompleksowego i skutecznego planu reintegracji społecznej i zawodowej osoby, która tego potrzebuje.

Centrum integracji społecznej (CIS)	Klub integracji społecznej (KIS)
Zgodnie z ustawą z dnia 13 czerwca 2003 roku o zatrudnieniu socjalnym uczestnicy mają obowiązek przebywania w CIS minimum 6 godzin dziennie przez 5 dni w tygodniu w okresie minimum 6 miesięcy. W tym czasie podopieczny CIS bierze udział w: zajęciach społeczno-diagnostyczno-integracyjnych podczas miesiąca próbnego; warsztatach zawodowych 4 dni w tygodniu; zajęciach integracji społecznej – minimum 1 dzień w tygodniu; zajęciach komputerowych; konsultacjach specjalistycznych: na przykład z terapeutą, prawnikiem; edukacji ogólnej, np. w zajęciach z języka niemieckiego, angielskiego, szkoleniach przedmedycznych, wiedzy o społeczeństwie, oraz zajęć z zakresu prawa i obowiązków obywatelskich; szkoleniach zawodowych; wycieczkach integracyjnych, wyjściach kulturalnych, sportowych, edukacyjnych.	W klubach integracji społecznej organizuje się w szczególności działania mające na celu pomoc w znalezieniu pracy na czas określony, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy u pracodawców, wykonywania usług na podstawie umów cywilnoprawnych oraz przygotowanie do podjęcia zatrudnienia lub podjęcia działalności w formie spółdzielni socjalnej. Ponadto uczestnicy KIS biorą udział w pracach społecznie użytecznych, robotach publicznych. Mają dostęp do poradnictwa prawnego, działalności samopomocowej w zakresie zatrudnienia, spraw mieszkaniowych i socjalnych, mogą korzystać z programów stażowych, o których mowa w przepisach o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Samo uczestnictwo w klubach integracji społecznej jest dobrowolne, jednak warunkiem takiego uczestnictwa jest realizacja kontraktu socjalnego, o którym mowa w przepisach o pomocy społecznej. Okres uczestnictwa w klubie integracji społecznej jest ustalany indywidualnie z każdym uczestnikiem, a zakończenie uczestnictwa w KIS jest potwierdzone zaświadczeniem wydawanym niezwłocznie przez podmiot prowadzący klub integracji społecznej.

2.5.3. Kryterium partycypacji w zajęciach oferowanych w klubach integracji społecznej i centrach integracji społecznej

W centrach i klubach integracji społecznej są podejmowane działania indywidualnie dla każdego uczestnika. Umożliwiają one zdiagnozowanie zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu oraz pracę nad uświadomieniem sobie przez uczestnika powodów sytuacji, w której się znalazł i zmianę postawy życiowej. Możliwość prowadzenia szczegółowej diagnozy i udzielenia adekwatnego wspar-

cia wynika przede wszystkim z faktu minimum 30-godzinnego pobytu w CIS w tygodniu. Dlatego też centra integracji społecznej mają możliwość doboru odpowiednich narzędzi w ramach tzw. opieki kroczącej, czyli podążania za uczestnikiem. W ramach realizacji indywidualnego programu zatrudnienia socjalnego czy kontraktu społecznego możliwe jest wsparcie w szerokim zakresie – od abstynencji przez ograniczanie picia aż do redukcji szkód.

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

Działania rekomendowane i nierekomendowane

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Finansowanie zatrudnienia pracowników realizujących zajęcia.	Dopuszcza się, oprócz finansowania bezpośrednich kosztów realizacji zadań reintegracyjnych, również pokrycie kosztów zatrudnienia kierowników i pracowników CIS wraz z kosztami pochodnymi od zatrudnienia, w myśl wyżej wspomnianego schematu zasad finansowania. Warto wskazać, że jeżeli formą zatrudnienia w CIS są umowy o pracę, to ryzyko zawarcia takiej umowy z pracownikiem realizującym zadanie obciąża pracodawcę, bez względu na to, czy w danym roku są wystarczające środki z opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych. Oczywiście należy zachować przy finansowaniu zasadę proporcjonalności do udziału w zajęciach osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków, o której mowa w podstawach prawnych.
2. Finansowanie kosztów utrzymania CIS.	W celu ścisłego powiązania realizowanych działań z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz przeciwdziałaniem narkomanii rekomenduje się finansowanie kosztów bieżącego funkcjonowania CIS ze środków przeznaczonych na realizację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, jedynie w sposób proporcjonalny do liczby osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków, w tym osób dorosłych pozostających w relacji z osobą uzależnioną, biorących udział w oferowanych przez te placówki zajęciach reintegracyjnych.

Nie są rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Finansowanie inwestycji, np. samochodu dla centrum integracji społecznej.	Środki przeznaczone na realizację zadań w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii nie powinny być przeznaczone na finansowanie inwestycji. Zatem zakup samochodu wykracza poza zakres możliwy do finansowania ze środków pochodzących z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych.

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

2.6.1. Podstawy prawne

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

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

- a) 50% dochód gmin, na terenie których jest prowadzona sprzedaż napojów alkoholowych;
- b) 50% przychód Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej NFZ).

Część opłat jest przekazywanych do Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: NFZ) z przeznaczeniem na działania o charakterze edukacyjnym i profilaktycznym oraz na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz innych następstw zdrowotnych spożywania alkoholu, z uwzględnieniem art. 9⁷ ust. 3h ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z art. 9³ ust. 4 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi „**Gmina przeznacza środki, o których mowa w ust. 3 pkt 1, na działania mające na celu realizację lokalnej międzysektorowej polityki przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu**”.

Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia wyrażonym w piśmie z dnia 16 października 2020 roku, „...zdecydowana większość działań z zakresu lokalnej międzysektorowej polityki przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu, będzie znajdowała odzwierciedlenie w gminnych programach rozwiązywania problemów alkoholowych (GPRPA)”. Jednakże w przypadku przeznaczania środków z ww. opłaty ustawodawca nie zastrzegł, że mogą one być wydatkowane wyłącznie na cele określone w GPRPA. Należy uznać, że **w pierwszej kolejności** środki pochodzące z opłat za sprzedaż napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml powinny być przeznaczane na zadania, o których mowa w art. 4¹ ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Dotyczy to zwłaszcza tych sytuacji, w których samorząd gminny uzyskuje dochody z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych w wysokości niewystarczającej na realizację wszystkich zadań wskazanych w ustawie oraz w Narodowym Programie Zdrowia.

W dalszej kolejności opłaty mogą być przeznaczane na zadania wykraczające poza zakres gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. **Jednakże zadania te muszą mieć związek z przeciwdziałaniem negatywnym skutkom spożywania alkoholu.**

Wówczas zadania te nie mogą stać się częścią wspomnianego wyżej gminnego programu, gdyż wykracza to poza jego zakres. Samorząd powinien rozważyć sporządzenie wewnętrznego dokumentu na podstawie ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2023 r. poz. 40, z późn. zm.).

W 2021 roku nastąpiła zmiana zakresu przedmiotowego gminnych programów poprzez włączenie do nich przeciwdziałania narkomanii oraz uzależnień behawioralnych, co za tym idzie, aby wydatkowanie środków było zgodne z celem ustawowym. Ważne, aby wśród celów zadań finansowanych z tzw. opłaty małpkowej znalazło się w pierwszej kolejności zapobieganie negatywnym skutkom spożycia alkoholu w populacji. Oznacza to, że finansowanie profilaktyki uzależnień od narkotyków czy uzależnień behawioralnych jest niecelowe, jeżeli nie przeciwdziała negatywnym skutkom spożywania alkoholu.

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

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

Niewykorzystane w danym roku budżetowym środki przeznaczone na realizację lokalnej międzysektorowej polityki przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu mogą zostać przeniesione na następny rok (pod pewnymi warunkami) – jako wydatki niewygasające.

Jednakże należy pamiętać, że obowiązujący obecnie art. 263 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz.U. z 2023 r. poz. 1270, z późn. zm.) znacznie ogranicza instytucję wydatków niewygasających. Możliwość ustalenia wydatków niewygasających dotyczy obecnie jedynie wydatków, w odniesieniu do których zostały zawarte umowy o zamówienie publiczne lub wkrótce takie umowy zostaną zawarte – w wyniku zakończonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, w którym dokonano wyboru wykonawcy.

Zatem została zastosowana zasada powiększenia środków na politykę międzysektorową w następnym roku budżetowym.

Z uwagi na fakt, że art. 9³ ust. 4 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi jednoznacznie wskazuje, że gmina przeznacza powyższe środki na realizację wspomnianej wyżej „lokalnej międzysektorowej polityki przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu”,

konieczne jest powiększenie w kolejnym roku budżetowym kwoty przeznaczonej na realizację tejże polityki o środki w wysokości niewydatkowanej w roku poprzednim. Podstawą prawną takiego działania będzie wówczas wspomniany powyżej przepis – art. 9³ ust. 4 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Przedmiotowe zwiększenie budżetu na rok następny powinno znaleźć swoje odzwierciedlenie w uchwale budżetowej. Należy w tym miejscu wskazać, że na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym to wójt (burmistrz/prezydent miasta) przygotowuje projekt budżetu, który uchwała rada gminy. Podmiotem właściwym w obszarze „zabezpieczenia” na kolejny rok środków pochodzących ze sprzedaży napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml, a niewykorzystanych w danym roku, jest wójt (burmistrz/prezydent miasta) jako dysponent główny (dysponent pierwszego stopnia) środków budżetowych w rozumieniu przepisów ustawy o finansach publicznych.

Działania rekomendowane i nierekomendowane

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Finansowanie zadań gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii.	Aby został w pełni odzwierciedlony celowościowy charakter wydatkowania opłat, tj. powiązanie wydatków na zadania służące przeciwdziałaniu negatywnym skutkom spożywania alkoholu, rekomenduje się finansowanie ze środków z tzw. małpek tylko tych zadań, które mają związek z problemami alkoholowymi.
2. Finansowanie dostosowania świetlic do wymogów stawianych przez placówki wsparcia dziennego.	Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, regulująca funkcjonowanie placówek wsparcia dziennego, funkcjonuje już od 11 lat. To wystarczająco długi czas, by dostosować istniejące miejsca pracy z dziećmi z rodzin z problemem alkoholowym i innych grup ryzyka do standardów obowiązujących placówki wsparcia dziennego, zarówno od strony organizacyjnej, jak i merytorycznej. Dlatego KCPU rekomenduje, by wszystkie miejsca nazywane potocznie świetlicami, stały się placówkami wsparcia dziennego. Źródłem dofinansowania kosztów związanych z dostosowaniem pomieszczeń, ich remontem, adaptacją mogą być środki z opłat za sprzedaż napojów alkoholowych w opakowaniach jednostkowych o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml. Działanie to nie może być jednak wpisane do gminnego programu. Wydatkowanie tych środków należałoby oprzeć na ustawie o samorządzie gminnym.

Rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
3. Finansowanie izb wytrzeźwień.	Z uwagi na konieczność zachowania bezpośredniego związku z przeciwdziałaniem negatywnym skutkom spożywania alkoholu wydaje się uzasadnione finansowanie z opłat od tzw. małpek izb wytrzeźwień. Ich funkcjonowanie jest następstwem negatywnych skutków spożywania alkoholu. Istotnym jest, by tego działania nie wpisywać do gminnego programu z uwagi na fakt, że nie jest to jego zakresem.
4. Finansowanie pobytu w noclegowniach osób w kryzysie bezdomności powodowanym problemami alkoholowymi.	Z danych Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej na podstawie <i>Ogólnopolskiego badania liczby osób bezdomnych – Edycja 2019</i> wynika, że drugą co do częstości przyczyną bezdomności jest uzależnienie. Natomiast najczęstszym rodzajem uzależnienia jest uzależnienie od alkoholu. Zatem, jeżeli z diagnozy przeprowadzonej w gminie wynika, że problem alkoholowy jest podstawą bezdomności, to wydaje się uzasadnione finansowanie z ww. środków pobytu osób będących w kryzysie bezdomności w noclegowniach. Działanie to nie może być jednak wpisane do gminnego programu. Wydatkowanie tych środków należałoby oprzeć na ustawie o samorządzie gminnym.
5. Finansowanie części oprzyrządowania i kamer monitoringu miejskiego służącego do monitorowania miejsc, gdzie występują szkody powodowane przez spożywanie alkoholu.	W odniesieniu do finansowania monitoringu miejskiego z tzw. małpek, wydaje się uzasadnione przeznaczenie tych środków na zainstalowanie monitoringu w wybranych miejscach na terenie gminy, gdzie ze względu na występowanie szkód bezpośrednio związanych ze spożywaniem alkoholu, np. spożywanie alkoholu w miejscach publicznych tam, gdzie jest to zabronione i zaśmiecanie przestrzeni publicznej pustymi butelkami lub puszkami po alkoholu. Jednakże nie może to obejmować monitoringu całego miasta/gminy. Ponadto działanie to nie może być wpisane do gminnego programu. Wydatkowanie tych środków należałoby oprzeć na ustawie o samorządzie gminnym.

Nie są rekomendowane działania	Uzasadnienie/opis
1. Finansowanie budowy/remontu placów zabaw.	Finansowanie działań ze środków przeznaczonych na realizację międzysektorowej polityki przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu ma się koncentrować na niwelowaniu negatywnych skutków spożywania alkoholu. W przypadku remontu czy budowy placów zabaw nie jest możliwe wskazanie, w jaki sposób budowa ww. placu miałyby wpłynąć na ograniczenie spożycia alkoholu przez dzieci i młodzież bądź też przez dorosłych. Sam plac zabaw nie zmienia w żaden sposób postaw ani zachowań osób, które z niego korzystają. Według wystąpienia pokontrolnego Najwyższej Izby Kontroli (sygn. LPO – 4101-20-02/2012 P/12/165) najczęstszą formą nieprawidłowości występujących w 50% skontrolowanych gmin, jest zaliczanie do kosztów realizacji programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych wydatków na realizowanie zadań bądź zakupy, które nie mają faktycznie związku z działaniami określonymi w tych programach. Należą do nich między innymi finansowanie lub dofinansowanie budowy obiektów sportowych i rekreacyjnych oraz działalności podmiotów zajmujących się kulturą fizyczną poprzez np. budowę placów zabaw i boisk sportowych.
2. Budowa pomieszczeń np. placówek wsparcia dziennego.	Finansowanie budowy placówek wsparcia budzi zastrzeżenia co do ścisłego związku z negatywnymi skutkami spożywania alkoholu. Nie ma bowiem gwarancji wykorzystania stworzonego miejsca tylko do celów ściśle związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych i negatywnymi skutkami spożywania alkoholu.
3. Świadczenia socjalne w ramach finansowania schronisk dla osób w kryzysie bezdomności.	Finansowanie świadczeń socjalnych dla osób w kryzysie bezdomności jest zadaniem systemu pomocy społecznej.

2.7. Podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13¹ i 15 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego

2.7.1. Reklama i promocja napojów alkoholowych

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

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

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

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

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

1. w telewizji, radiu, kinie i teatrze między godziną 6.00 a 20.00, z wyjątkiem reklamy prowadzonej przez organizatora imprezy sportu wyczynowego lub profesjonalnego w trakcie trwania tej imprezy;
2. na kasetach wideo i innych nośnikach;
3. w prasie młodzieżowej i dziecięcej;
4. na okładkach dzienników i czasopism;
5. na słupach i tablicach reklamowych oraz 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.

2.7.1.1. Przydatne orzecznictwo

Należy wskazać, że ustawodawca nie precyzuje pojęcia „inne stałe i ruchome powierzchnie wykorzystywane do reklamy”, dlatego też wydaje się znacząca, przy próbie interpretacji przedmiotowego pojęcia, jego językowa wykładnia. Powierzchnią taką będzie zatem każda płaszczyzna wykorzystywana do umieszczenia na niej treści reklamowych – przykładowo billboard, baner, słup reklamowy, witryna sklepowa, Internet, ulotki reklamowe, gazetki. Należy więc uznać, że zarówno stałą, jak i ruchomą powierzchnią wykorzystywaną do reklamy piwa może być każda płaszczyzna bez względu na jej pierwotne przeznaczenie czy kształt (np. karoseria samochodu). W postanowieniu w sprawie o sygnaturze akt II KP693/14 Sąd Rejonowy dla Warszawy-Śródmieścia w Warszawie stwierdził, że „zdaniem Sądu należy uznać, że **Internet stanowi powierzchnię reklamową**”.

Z kolei w uzasadnieniu postanowienia z dnia 23 stycznia 2018 roku w sprawie III Kp 1210/17 Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie wypowiedział się w następujący sposób: „Nie sposób przy tym zgodzić się z twierdzeniem, że dyspozycja art. 13¹ ust. 2 pkt 5 omawianej ustawy nie odnosi się do reklamy na stronach internetowych. Wykładnia językowa użytego tam zwrotu »innych stałych i ruchomych powierzchniach wykorzystywanych do reklamy«, przy uwzględnieniu współczesnych realiów, w tym powszechnego zjawiska wykorzystywania stron internetowych jako przestrzeni umieszczania reklam, prowadzi do jednoznacznego wniosku, że strona internetowa będzie taką właśnie powierzchnią wykorzystywaną do reklamy, co słusznie zauważył skarżący. Wskazać przy tym należy, że taka wykładnia przepisu art. 13¹ omawianej ustawy, znajduje odzwierciedlenie również w orzecznictwie (vide: wyrok NSA z dnia 11 marca 2015 r., sygn. II GSK 162/14 publ. Legalis nr 1248594)”.

Ze wspomnianego powyżej uzasadnienia wyroku NSA (sygn. akt II GSK 162/14) wynika także, że „(...) jeżeli chodzi o zarzut skargi kasacyjnej dotyczący naruszenia art. 13¹ ust. 1 i 9 omawianej ustawy o wychowaniu w trzeźwości, to stwierdzić należy, że Sąd I instancji trafnie wskazał, że art. 13¹ ust. 1 ustawy zawiera bezwzględny zakaz promocji napojów alkoholowych, który dotyczy automatycznie także i publicznie dostępnych stron internetowych”. Ponadto w cytowanym artykule (ust. 3) zabrania się reklamy, promocji produktów i usług, których nazwa, znak towarowy, kształt graficzny lub opakowanie wykorzystuje podobieństwo lub jest tożsame z oznaczeniem napoju alkoholowego lub innym symbolem obiektywnie odnoszącym się do napoju alkoholowego. Zabrania się również (ust. 4) reklamy i promocji przedsiębiorców oraz innych podmiotów, które w swoim wizerunku reklamowym wykorzystują nazwę, znak towarowy, kształt graficzny lub opakowanie związane z napojem alkoholowym, jego producentem lub dystrybutorem.

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

Ustawowe zakazy dotyczą osób fizycznych, osób prawnych oraz jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej, które uczestniczą w prowadzeniu reklamy w charakterze zleceniodawcy albo zleceniobiorcy, niezależnie od sposobu i formy jej prezentacji. Warto wskazać również na wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 31 marca 2015 roku (sygn. akt II FSK 707/13), z którego wynika, iż „każde propagowanie znaku towarowego napojów alkoholowych (piwa) lub symboli graficznych z nim związanych, a także nazw i symboli graficznych przedsiębiorców produkujejących piwo stanowi reklamę (...)”.

2.7.1.2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2003 roku w sprawie treści, wielkości, wzoru i sposobu umieszczania na reklamach piwa napisów informujących o szkodliwości spożywania alkoholu lub o zakazie sprzedaży alkoholu małoletnim

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 powierzchniach wykorzystywanych do reklamy umieszcza się napis informujący o:

1. szkodliwości spożywania alkoholu, o treści: „1/2 litra piwa zawiera 25 gramów czystego alkoholu etylowego. Nawet taka ilość szkodzi zdrowiu kobiet w ciąży i jest niebezpieczna dla kierowców” lub
2. zakazie sprzedaży napojów alkoholowych małoletnim, o treści: „1/2 litra piwa zawiera 25 gramów czystego alkoholu etylowego. Sprzedaż alkoholu osobom do lat 18 jest przestępstwem”. Napisy, o których mowa, umieszcza się w górnej części reklamy, na stanowiącej 20% reklamy powierzchni podzielonej poziomo na dwie równe części w taki sposób, aby odległości liter od dolnej i górnej krawędzi części tła były nie większe niż 1/4 wysokości liter, a odległość między wierszami nie większa niż wysokość liter. Napisy drukuje się w sposób wyróżniający się od kolorystyki reklamy, w kolorze czerwonym na białym tle lub w kolorze białym na czerwonym tle, wielkimi literami (wersalikami), czcionką Avalon, Avant Garde lub Arial o grubości stanowiącej 20–25% jej wysokości.

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

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

2.7.1.3. Raport WHO

W raporcie WHO dla regionu europejskiego *European Status Report on Alcohol and Health* (2014) wskazuje się, że na 53 kraje regionu, 47 ma uregulowane w prawie ograniczenia dotyczące reklamy napojów alkoholowych, w tym jej całkowity zakaz w odniesieniu do konkretnych typów napojów lub kanałów komunikacji. Zgodnie z informacjami zamieszczonymi w raporcie sporządzonym dla Komisji Europejskiej przez Petera Andersona i Bena Baumberga w listopadzie 2005 roku, reklama napojów alkoholowych ma znaczący wpływ na wielkość spożycia tychże napojów w danym kraju. Z przytaczanych w raporcie badań wynika, że w państwach o częściowych ograniczeniach reklamy napojów alkoholowych poziom spożycia tychże napojów jest niższy aż o 16% od spożycia alkoholu w państwach, w których nie ma takich ograniczeń. W państwach o całkowitym zakazie reklamy alkoholu w telewizji współczynnik ten jest niższy o 11% w porównaniu z państwami o częściowym zakazie reklamy napojów alkoholowych. Istotą działań marketingowych jest budowanie popytu na określone dobra, intencją zatem każdej reklamy jest uzyskanie wzrostu konsumpcji reklamowanego produktu. Grupą szczególnie podatną na reklamę alkoholu są osoby młode. Relacja pomiędzy presją marketingową (reklamą) alkoholu na osoby młode a poziomem konsumpcji oraz ryzykiem rozpoczęcia nałogowego picia jest rzetelnie udowodniona i bezdyskusyjna. Wyniki długofalowych badań obserwacyjnych (trwających od 8 do 96 miesięcy) na młodzieży w wieku 10–21 lat jednoznacznie wskazują, iż obecność alkoholu w reklamach telewizyjnych, teledyskach, utworach muzycznych, przy stoiskach z alkoholem podczas wydarzeń sportowych i kulturalnych przyczynia się do zwiększenia ryzyka inicjacji alkoholowej, a także zwiększa ilość alkoholu spożywanego przez osoby już pijące.

2.7.1.4. Istotne problemy

● Reklama w witrynach sklepowych

Pojawia się w dyskursie także kwestia reklamy umieszczonej co prawda na terenie punktu sprzedaży, ale skierowanej w sposób celowy w stronę odbiorcy znajdującego się na zewnątrz. Na przykład widoczne z zewnątrz punktu sprzedaży napojów alkoholowych butelki z etykietami, na których widnieją znaki towarowe napojów alkoholowych lub symbole graficzne z nimi związane, a także nazwy i symbole graficzne przedsiębiorców produkujących napoje alkoholowe, nieróżniące się od nazw i symboli graficznych napojów alkoholowych wypełniają znamiona reklamy napojów alkoholowych w rozumieniu art. 2¹ ust. 3 ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Umieszczanie w witrynach sklepowych reklam z wizerunkiem i nazwą piwa bądź umieszczanie plakatów z wizerunkiem różnych gatunków piwa byłoby dopuszczalne pod warunkiem spełnienia powyższych przesłanek zawartych w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (art. 13¹ ust. 2 pkt 5 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi). Niedopuszczalne jest jednak umieszczanie reklam pozostałych rodzajów alkoholi, innych niż piwo – wódek, win itp. – widocznych z zewnątrz danego punktu sprzedaży. **Dotyczy to przypadków, kiedy reklamy są skierowane na zewnątrz punktu lub są wyraźnie widoczne z zewnątrz (reklamy ustawione, zawieszone przodem do ulicy, butelki wystawione frontem do szyby, plakaty, lodówki z reklamami umieszczone przy samej witrynie). Nie chodzi tutaj o sytuację, w której po podejściu do szyby wystawowej można z trudem dojrzeć reklamy znajdujące się i skierowane do wewnątrz punktu sprzedaży.**

● Sprzedaż premiowana

Stosownie do art. 2¹ ust. 1 pkt 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi użyte w ustawie określenia oznaczają: promocja napojów alkoholowych – 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**. Do działań promocyjnych została *expressis verbis* zaliczona sprzedaż premiowana. Pod tym pojęciem należy rozumieć **akcje rodzaju „produkt plus”, w których do sprzedanego produktu dodaje się pewne drobne upominki** (D.E. Harasimiuk, 3.2.1.4. *Promocja napojów alkoholowych [w:] Zakazy reklamy towarów w prawie europejskim i polskim*, Warszawa 2011). Należy także wskazać, że stosowanie premiowanej sprzedaży w postaci tzw. wielopaków składających się np. z alkoholu, soku, lodu oraz pomarańczy, w dodatkowo niższej cenie niż zakup takich produktów osobno, w pełni wypełnia przesłanki promocji w postaci **sprzedaży premiowanej „produktu plus” napojów alkoholowych innych niż piwo**, co zaś zgodnie z ustawą – art. 13¹ ust. 1 ustawy – stanowi **przestępstwo**.

Art. 13¹ ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi stanowi, że „zabrania się na obszarze kraju reklamy i promocji napojów alkoholowych, z wyjątkiem piwa, którego reklama i promocja jest dozwolona, pod warunkiem że (...)”. Zatem – co do zasady – **promocja wysokoprocentowych napojów alkoholowych jest w Polsce zakazana**. W myśl ust. 9 cytowanego przepisu „zakazy określone w ust. 1–8 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”. Zgodnie z art. 45² ust. 1, „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”.

Podsumowując, należałoby stwierdzić, że sklepy sprzedające tzw. wielopaki lub zestawy produktów w łącznej niższej cenie naruszają zakaz promocji napojów alkoholowych poprzez stosowanie sprzedaży premiowanej.

● Powierzchnie reklamowe np. lodówki.

Aby przeanalizować, czy w danej sytuacji mamy do czynienia z prowadzeniem niezgodnej z prawem reklamy piwa w punkcie prowadzącym wyłącznie sprzedaż napojów alkoholowych, należy zweryfikować, czy dana treść jest widoczna z zewnątrz takiego punktu sprzedaży. Często spotykanym miejscem eksponowania treści związanych z napojami alkoholowymi są lodówki, które to mogą być oklejone reklamami lub w których napoje te mogą być przechowywane. Zaznaczyć należy, że analizowany przykład odnosi się jedynie do reklamy piwa w punkcie sprzedaży prowadzącym wyłącznie sprzedaż napojów alkoholowych. Art. 13¹ ust. 9 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi wskazuje, iż: „Zakazy określone w ust. 1–8 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”.

Jeżeli obudowa (z naklejoną reklamą) przedmiotowej lodówki jest widoczna z zewnątrz punktu sprzedaży i umożliwia zapoznanie się klienta, czy też innych, przypadkowych osób mijających przedmiotową lodówkę, z jej zawartością (lub plakatami), w sposób widoczny eksponującą znaki towarowe napojów alkoholowych lub symboli graficznych z nimi związanych, a także nazwy i symbole graficzne przedsiębiorców produkujących napoje alkoholowe, nieróżniące się od nazw i symboli graficznych napojów alkoholowych, służące popularyzowaniu znaków towarowych napojów alkoholowych (np.

butelki oraz puszki piwa z etykietami lub plakaty/naklejki z reklamą), to, aby przedmiotowa reklama piwa prowadzona na zewnątrz punktu sprzedaży była zgodna z przepisami prawa, powinna zostać opatrzona czytelnymi napisami informującymi o szkodliwości spożycia alkoholu lub o zakazie sprzedaży alkoholu małoletnim. Te napisy zostały wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie treści, wielkości, wzoru i sposobu umieszczania na reklamach piwa napisów informujących o szkodliwości spożywania alkoholu lub o zakazie sprzedaży alkoholu małoletnim.

● Parasole z logo piwa

W przypadku piwa należy pamiętać o treści art. 13¹ ust. 2. 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”.

Pojęcie „stałe i ruchome powierzchnie wykorzystywane do reklamy” (art. 13¹ ust. 2 pkt 5 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi) **oznacza wszelkie powierzchnie, na których można prezentować treści reklamowe – zatem należy uznać, iż dotyczy to także parasoli reklamowych.**

• **Przykłady naruszeń zakazów związanych z reklamą**

umieszczenie butelek napojów alkoholowych, np. wina, wódki w oknie wystawowym w taki sposób, że są widoczne z zewnątrz punktu sprzedaży dla potencjalnych klientów w sposób umożliwiający rozpoznanie etykiet (nazwa, znak towarowy napojów alkoholowych, symbole graficzne z nimi związane)

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)

umieszczanie na portalach społecznościowych, stronach internetowych reklamy piwa bez napisów ostrzegawczych lub reklama wysokoprocentowego alkoholu

umieszczenie w ofercie sklepowego wydawnictwa reklamowo-promocyjnego produktu w postaci piwa bez wymaganego zastosowania się do treści rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2003 roku w sprawie treści, wielkości, wzoru i sposobu umieszczania na reklamach piwa napisów informujących o szkodliwości spożywania alkoholu lub o zakazie sprzedaży alkoholu małoletnim

przekazywanie klientom gazetki promocyjnej z reklamą piwa poza obszarem wydzielonego stoiska lub punktu prowadzącego wyłącznie sprzedaż alkoholu

2.7.1.5. 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. 45[2] ust. 1 ustawy „Kto wbrew postanowieniom zawartym w art. 13[1] prowadzi reklamę lub promocję napojów alkoholowych lub informuje o sponsorowaniu imprezy masowej, z zastrzeżeniem art. 13[1] 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.

Rekomendowane działania gminy

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. 13 ust. 1 i art. 15 ustawy oraz występują przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego.



Zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa

Najpopularniejszą formą działań gmin w omawianym zakresie jest zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, o którym mowa w art. 43 lub art. 45 ust. 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Należy podkreślić, że zgodnie z art. 304 § 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2022 r. poz. 1375, dalej jako: k.p.k.), instytucje państwowe i samorządowe, które w związku ze swoją działalnością dowiedziały się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu, są obowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym prokuratora lub policję oraz przedsięwziąć niezbędne czynności do czasu przybycia organu powołanego do ścigania przestępstw lub do czasu wydania przez ten organ stosownego zarządzenia, aby nie dopuścić do zatarcia śladów i dowodów przestępstwa. Zawiadamianie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa uzyskane w związku z prowadzonymi czynnościami (przykładowo przeprowadzaną kontrolą zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych) stanowi zatem nie tylko uprawnienie wójta (burmistrza lub prezydenta miasta) jako organu kierującego bieżącymi sprawami gminy oraz reprezentującego ją na zewnątrz, lecz także jego prawny obowiązek.

Zgodnie z art. 305 § 4 k.p.k. o wszczęciu, odmowie wszczęcia albo o umorzeniu dochodzenia zawiadamia się osobę lub instytucję państwową, samorządową lub społeczną, która złożyła zawiadomienie o przestępstwie, oraz ujawnionego pokrzywdzonego, a o umorzeniu także podejrzanego – z pouczeniem o przysługujących im uprawnieniach. Przy czym, jeżeli osoba lub instytucja, która złożyła zawiadomienie o przestępstwie, nie zostanie w ciągu 6 tygodni powiadomiona o wszczęciu albo odmowie wszczęcia śledztwa, może wnieść zażalenie do prokuratora nadzrędnego albo powołanego do nadzoru nad organem, któremu złożono zawiadomienie. Należy także zauważyć, że zgodnie z art. 306 k.p.k. gmina jako zawiadamiający posiada uprawnienie do zaskarżenia zarówno postanowienia o odmowie wszczęcia dochodzenia, jak i postanowienia o umorzeniu dochodzenia. Zażalenie wnosi się w terminie 7 dni wraz z uzasadnieniem do prokuratora właściwego do sprawowania nadzoru nad dochodzeniem, jeżeli prokurator nie przychylił się do zażalenia, kieruje się do sądu (art. 325e § 4 k.p.k.).



Występowanie w sprawie w charakterze oskarżyciela publicznego

Art. 4¹ ust. 1 pkt 6 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, który daje gminom prawo do występowania w charakterze oskarżyciela publicznego, stanowi również podstawę prawną do składania na policji wniosku o wszczęcie postępowania dowodowego. Policja powinna powiadomić o wszczęciu takiego postępowania gminę i prokuratora. Formalne wymogi, jakie musi spełniać akt oskarżenia, określają artykuły 332–334 k.p.k.). W przypadku istnienia braków formalnych aktu oskarżenia, sąd zwraca go oskarżycielowi w celu usunięcia braków w ciągu 7 dni, dlatego niezbędne jest zachowanie staranności oraz rzetelności podczas zbierania dowodów w sprawie.

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

Należy jednak podkreślić, że świadkiem oskarżenia nie może być ta sama osoba, która występuje jako oskarżyciel publiczny.

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

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

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

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

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi wprowadza sankcję administracyjną za sprzedaż napojów alkoholowych osobom nietrzeźwym w postaci cofnięcia zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych. Jak wskazuje się w orzecznictwie, już jednokrotne naruszenie zakazu z art. 15 ust. 1 winno skutkować cofnięciem zezwolenia (patrz np. wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 4 lutego 2011 roku o sygn. akt II GSK 166/10 „Nawet jednorazowe naruszenie zasady sprzedaży napojów alkoholowych osobom nieletnim, nietrzeźwym, pod kredyt lub pod zastaw, obliguje właściwy organ do cofnięcia zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych”; wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 17 sierpnia 2011 roku o sygn. akt II GSK 769/10 „Intencją ustawodawcy było objęcie unormowaniem art. 18 ust. 10 pkt 1 lit. a ustawy z 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi każdego przejawu naruszenia przepisów ustawy, bez względu na stopień i częstotliwość tych naruszeń”). Oczywiście należy również pamiętać, że przedsiębiorca będzie ponosił odpowiedzialność jedynie po sprzedaży napoju osobie, której zachowanie wskazuje na to, że znajduje się pod wpływem alkoholu (art. 15 ust. 1 pkt 1 ustawy). Słusznie wskazał w tym przedmiocie Wojewódzki Sąd Administracyjny w Opolu w wyroku z dnia 17 marca 2011 roku II SA/Op 708/10: „(...) Oznacza to, że zakaz sprzedaży napojów alkoholowych osobom, których zachowanie może świadczyć, że są w stanie nietrzeźwym, należy rozumieć w ten sposób, iż konieczne jest uwzględnienie przede wszystkim zachowania się osoby, której sprzedawany jest alkohol – chodzi zatem o takie zachowanie, które stwarza realne możliwości oceny, iż osoba kupująca napój alkoholowy jest w stanie nietrzeźwości”.

• Sprzedaż alkoholu osobom poniżej 18. roku życia

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

i przeciwdziałaniu alkoholizmowi), jak i przedmiot postępowania administracyjnego. W przypadku ujawnienia sprzedaży napoju alkoholowego osobie małoletniej, obowiązkiem organu zezwalającego jest niewątpliwie wdrożenie procedury zmierzającej do cofnięcia zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych, ale także zawiadomienie organów ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa. Należy jednakże odróżnić oba powyższe, niezależne od siebie tryby postępowania. Odpowiedzialność z tytułu złamania zakazu sprzedaży alkoholu osobie małoletniej na gruncie prawa administracyjnego jest odpowiedzialnością obiektywną niezależną od istnienia winy (por. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 21 lutego 2008 roku VI SA/Wa 2236/07). Przedmiotem postępowania administracyjnego jest ustalenie, czy rzeczywiście doszło do sprzedaży napoju alkoholowego osobie małoletniej. Intencją ustawodawcy było objęcie unormowaniem art. 18 ust. 10 pkt 1 lit. a ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi każdego przejawu naruszenia przepisów ustawy, bez względu na stopień i częstotliwość tych naruszeń. Sam fakt sprzedaży nieletniemu obliguje zatem do cofnięcia zezwolenia przez uprawniony organ. Dla ustalenia odpowiedzialności administracyjnej przedsiębiorcy nie ma znaczenia wina sprzedawcy, nie jest też ważne, czy przedsiębiorca miał świadomość, że dokonuje sprzedaży napoju alkoholowego osobie nieletniej, jak też, czy dokonał sprzedaży osobiście, czy przez zatrudnionego pracownika, na którego działanie nie miał wpływu w momencie dokonywania sprzedaży, i w końcu nie ma znaczenia ewentualny aspekt ekonomiczny (por. Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 17 sierpnia 2011 roku II GSK 769/10). Wina stanowi natomiast warunek odpowiedzialności za popełnienie przestępstwa określonego w art. 43 ust. 1 tej ustawy (por. Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 21 lutego 2008 roku VI SA/Wa 2236/07). Aby doszło do skazania sprawcy za przestępstwo z art. 43 ust. 1, polegające na sprzedaży napojów alkoholowych w wypadku, kiedy jest to zabronione (czyli np. osobie poniżej 18. roku życia – zgodnie z treścią art. 15 ust. 1 pkt 2 ustawy), konieczne jest udowodnienie, że sprzedaż osobie małoletniej była przez sprawcę zawiniona.

• Sprzedaż alkoholu na kredyt lub pod zastaw

Sprzedaż napojów alkoholowych „na kredyt” w słownikowym rozumieniu oznacza „kupno lub sprzedaż towarów bez pieniędzy z zobowiązaniem uregulowania należności w terminie późniejszym”, „na rachunek, bez natychmiastowego wpłacenia pieniędzy”. Sprzedaż „pod zastaw” zaś może być rozumiana przez pryzmat przepisów prawa cywilnego dotyczących zastawów na rzeczy, tj. przez oddanie sprzedawcy rzeczy w zamian za napoje alkoholowe. Rzecz oddana w zastaw, w przypadku nieuiszczenia kwoty należnej za zakup, przejdzie na własność sprzedawcy. Podobnie jak przy powyższych zakazach sprzedaży osobom nietrzeźwym i nieletnim, również i w tych sprawach sądy uznają, że już jednokrotne naruszenie zakazu powinno implikować sankcje. „Nawet jednorazowe naruszenie zasad sprzedaży jest wystarczającą i uzasadnioną przyczyną do zastosowania sankcji w postaci cofnięcia zezwolenia (III SA/Kr 1235/08 – Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z dnia 30 listopada 2009 roku).

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

W 2021 roku wszystkie samorządy otrzymały broszurę „Ogranicz dostępność alkoholu. Zadania samorządu gminnego w zakresie ograniczenia dostępności alkoholu oraz przeciwdziałania nielegalnej reklamie w świetle przepisów prawnych oraz aktualnych badań naukowych”. Omawianym zagadnieniom dedykowana jest strona internetowa www.ograniczdostepnosc.pl, na której znajdują się m.in. materiały edukacyjne do bezpłatnego pobrania.

Rozdział III

Taryfikator działań

Taryfikator działań

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

Działanie	Jednostka miary	Koszt jednostkowy brutto w zł
Aktywizacja zawodowa	kursy zawodowe w kwocie max. do 1800 zł na osobę	
Analiza danych	godzina	do 53 zł 65 zł
Dobór prób badawczych	godzina	do 80 zł
Druk materiałów dydaktycznych/ konferencyjnych/szkoleniowych/ badawczych/promocyjnych	wg. kalkulacji Wnioskodawcy, która powinna być dokonana na podstawie uzasadnionego wyliczenia.	
Dystrybucja materiałów	wg. kalkulacji Wnioskodawcy, która powinna być dokonana na podstawie uzasadnionego wyliczenia.	
Dyżur w hostelu	godzina	do 80 zł
Dyżury w telefonie zaufania	godzina	dni powszednie do 52 zł dni wolne od pracy do 62 zł
Honoraria autorskie	strona komputerowa	do 190 zł (za stronę znormalizowanego maszynopisu tj. 1 800 znaków)
Konsultacje merytoryczne	godzina	do 252 zł
Koordinacja merytoryczna; Koordinacja finansowa	godzina	do 65 zł
Koszty licencji	wg. kalkulacji Wnioskodawcy, która powinna być dokonana na podstawie uzasadnionego wyliczenia.	
Obliczenia statystyczne wyników	godzina	do 80 zł
Opracowanie graficzne materiałów	wg. kalkulacji Wnioskodawcy, która być dokonana na podstawie uzasadnionego wyliczenia.	

Działanie	Jednostka miary	Koszt jednostkowy brutto w zł
Opracowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych/ szkoleniowych/ dydaktycznych	strona komputerowa	do 105 zł (1 800 znaków z odstępami między wyrazami w tekście)
Opracowanie/adaptacja narzędzi badawczych (kwestionariusze, scenariusze wywiadów, arkusze obserwacji)	godzina	do 80 zł
Opracowanie raportu końcowego z przeprowadzonego projektu badawczego	godzina	do 80 zł
Produkcja filmu edukacyjnego/ interaktywnych narzędzi edukacyjnych Uwaga! Działanie powinno zostać przedstawione w sposób szczegółowy, w rozbiciu na poszczególne pozycje składające się na koszty produkcji.	wg. kalkulacji Wnioskodawcy, która powinna być dokonana na podstawie uzasadnionego wyliczenia.	
Promocja projektu Uwaga! działanie powinno zostać przedstawione w sposób szczegółowy, w rozbiciu na poszczególne pozycje składające się na koszty promocji	wg. kalkulacji Wnioskodawcy, która powinna być dokonana na podstawie uzasadnionego wyliczenia.	
Przegląd literatury w zakresie aktualizacji wiedzy dotyczącej przedmiotu badania	godzina	do 65 zł
Przeprowadzenie wywiadu indywidualnego pogłębionego	wywiad	do 252 zł
Przeprowadzenie wywiadu kwestionariuszowego	1 wywiad kwestionariuszowy/ankieta	do 210 zł
Przeprowadzenie wywiadu fokusowego	Wywiad 1 godzina	do 420 zł
Przeprowadzenie ankiety audytoryjnej	jedno badanie audytoryjne	do 205 zł
Przygotowanie publikacji/materiałów do druku		
• korekta	arkusz wydawniczy	do 120 zł
• redakcja językowa	arkusz wydawniczy	do 180 zł
• skład/łamanie	arkusz wydawniczy	do 120 zł

Działanie	Jednostka miary	Koszt jednostkowy brutto w zł
Recenzja zrealizowanego projektu badawczego/publikacji	wg. kalkulacji Wnioskodawcy, która powinna być dokonana na podstawie uzasadnionego wyliczenia.	
Szkolenie badaczy terenowych	godzina	do 90 zł
Tłumaczenia		
• pisemne	Strona komputerowa	do 75 zł (1 800 znaków)
• ustne symultaniczne	Za 4 godz. pracy jednego tłumacza	do 950 zł
Transkrypcja wywiadu	Nagranie 1 godzina	do 210 zł
Transport realizatorów (Nie dotyczy zwrotu kosztów indywidualnego dojazdu uczestnika szkolenia/konferencji)	wg. kalkulacji Wnioskodawcy, która powinna być dokonana na podstawie uzasadnionego wyliczenia.	
Weryfikacja i aktualizacja zbiorów danych	godzina	do 48 zł
Wprowadzanie danych	godzina	do 48 zł
Wynagrodzenia dla realizatorów:		
• doradztwa zawodowego i doradztwa finansowego w zakresie spłacania długów/doradztwa prawnego	godzina	do 85 zł
• działań środowiskowych	godzina	do 80 zł
• grup rozwoju osobistego	godzina	do 115 zł
• grup wsparcia	godzina	do 115 zł
• grup zapobiegania nawrotom	godzina	do 115 zł
• interwencji kryzysowych	godzina	do 115 zł
• indywidualnej rozmowy motywującej	godzina	do 115 zł
• konsultacji prawnych/psychologa klinicznego	godzina	do 125 zł
• programów korekcyjno-edukacyjnych oraz programów psychologiczno-terapeutycznych dla osób stosujących przemoc domową	godzina	do 85 zł
• poradnictwa rodzinnego	godzina	do 105 zł
• psychoterapii indywidualnej	godzina	do 160 zł
• psychoterapii grupowej	godzina	do 210 zł

Działanie	Jednostka miary	Koszt jednostkowy brutto w zł
terapia wg programu CANDIS	sesja	do 148 zł
superwizji grupowej prowadzonej przez superwizora psychoterapii uzależnień (maksymalna stawka przysługuje, jeśli grupa superwizantów liczy 6-7 osób)	godzina	do 165 zł
warsztatów umiejętności psychospołecznych	godzina	do 115 zł
warsztatów umiejętności wychowawczych	godzina	do 115 zł
warsztatów wczesnej interwencji	godzina	do 115 zł
zajęć informacyjno-edukacyjnych	godzina	do 80 zł
zajęć opiekuńczo-wychowawczych dla dzieci z rodzin z problemem uzależnień	godzina	do 80 zł
zajęć socjoterapeutycznych	godzina	do 115 zł
zajęć terapeutycznych dla osób doświadczających przemocy	godzina	do 105 zł
Wynagrodzenia dla prowadzących szkolenia – warsztaty wraz z ich przygotowaniem Uwaga! Wnioskowanie o wynagrodzenie dla realizatora wg. stawki maksymalnej wymaga wskazania realizatorów o potwierdzonych, wysokich kwalifikacjach.	godzina	do 252 zł

Działanie	Jednostka miary	Koszt jednostkowy brutto w zł
Wynagrodzenie dla prowadzących szkolenia – wykłady/prezentacje wraz z ich przygotowaniem Uwaga! Wnioskowanie o wynagrodzenie dla realizatora wg. stawki maksymalnej wymaga wskazania realizatorów o potwierdzonych, wysokich kwalifikacjach. Dopuszcza się możliwość podniesienia stawki w przypadku np. wykładowców zagranicznych, wykładowców z tytułem profesorskim, wykładowców, dla których czas dojazd do miejsca szkolenia wynosi co najmniej 3 godziny w jedną stronę lub innych szczególnych okoliczności, co wymaga odrębnego uzasadnienia.	godzina dydaktyczna	do 650 zł
Wynagrodzenie dla prowadzących szkolenia online – wykłady/prezentacje wraz z ich przygotowaniem Uwaga! Dopuszcza się możliwość podniesienia stawki w przypadku np. wykładowców zagranicznych, wykładowców z tytułem profesorskim.	godzina dydaktyczna	do 500 zł
Wynajem sal konferencyjnych	dzień	do 4000 zł
Wynajem sal szkoleniowo-warsztatowych	dzień	do 2000 zł
Wynajem sprzętu multimedialnego	dzień	do 800 zł
Założenie zbioru danych	godzina	do 42 zł
Zbieranie danych zastanych	godzina	do 42 zł
Inne uzasadnione działania niezbędne do realizacji projektu (wskazać jakie oraz podać uzasadnienie ich realizacji)		

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