



Ministerstwo
Zdrowia



NPZ
NARODOWY PROGRAM ZDROWIA



Krajowe Centrum
Przemochu

Przeciwdziałanie uzależnieniom oraz ograniczenie dostępności alkoholu w samorządach gminnych – aspekty prawne, finansowe i praktyczne

Informator dla radnych



Spis treści

1. System profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień w Polsce – wywiad z Katarzyną Łukowską, zastępcą dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom | str. 2
2. Epidemiologia zjawiska uzależnienia od substancji psychoaktywnych | str. 4
3. Alkohol – czy na pewno na zdrowie? | str. 5
4. Istota leczenia uzależnień – skuteczne metody | str. 9
5. Zagrożenia uzależnieniami behawioralnymi wśród dzieci i młodzieży – FOMO, gry, internet. Co mogą zrobić gminy, by im zapobiegać? | str. 16
6. Ograniczenie dostępności alkoholu jako skuteczna strategia zmniejszenia spożycia – decydujący głos należy do radnych | str. 22
7. Nocna prohibicja – czy ma sens? | str. 25
8. Opłaty od tzw. małpek – na co samorządy gminne mogą je wydawać? | str. 27
9. Alkohol i nasze dzieci. Jakie działania profilaktyczne są nieskuteczne? | str. 30
10. Profilaktyka zaadresowana do dzieci i młodzieży – jaka jest skuteczna, a w jakie działania nie warto inwestować? | str. 33
11. Pomoc dla dzieci w systemie placówek wsparcia dziennego. Wywiad z Joanną Graniger-Ptaszkiewicz | str. 39
12. Przeciwdziałanie przemocy domowej | str. 42
13. Procedura „Niebieskie Karty” – na czym polega i jakie służby z terenu gminy ją realizują | str. 47
14. Rodzaje narkotyków – dlaczego narkotyki są niebezpieczne? | str. 51
15. Inwestujmy w ludzi – to od nich zależy jakość pomocy! | str. 55

System profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień w Polsce

Z Katarzyną Łukowską, zastępcą dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU), rozmawia Anna Hernik-Solarska.

Jaki ma Pani najważniejszy przekaz do radnych?

Chciałabym, aby radni pamiętali, że o jakości życia mieszkańców w gminach i miastach nie decydują tylko nowe inwestycje, obiekty sportowe, chodniki, dobrze pomyślana komunikacja, ale bardzo ważna jest jakość życia lokalnych społeczności związana z polityką i działaniami związanymi z alkoholem i uzależnieniami. Przykładem na to, że mieszkańcy zwracają uwagę na działania dotyczące tego obszaru, są informacje z naszej ankiety, z których wynika, że większość Polaków popiera wprowadzanie tzw. nocnej prohibicji, czyli ograniczenia godzin sprzedaży alkoholu w sklepach w godzinach nocnych. To znaczy, że Polacy dostrzegają problemy, które powoduje niewłaściwe używanie alkoholu.

Jakie narzędzia i środki mają gminy, by dobrze realizować zadania z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów uzależnień?

Ustawodawca zadbał o samorządy, nie tylko powierzył im zadania i obowiązki,

ale też wskazał źródło finansowania, czyli środki pochodzące z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych. Jednocześnie ustawodawca wskazał bardzo precyzyjnie, na co te środki mogą być wydawane, czyli tylko i wyłącznie na realizację gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. Chcę podkreślić, że jest tutaj duża odpowiedzialność radnych, którzy podczas głosowania nad gminnym programem powinni zwracać szczególną uwagę, czy wszystkie punkty, które są zawarte w programie, należą do obszaru rozwiązywania problemów alkoholowych. Ważne jest też to, aby to były działania skuteczne. Zatem trzeba zwracać uwagę podczas głosowania na: legalność, zgodność z prawem, ale też skuteczność zadań zaproponowanych w gminnych programach.

Dlaczego te programy są tak ważne?

Nie ma powodów, by działania związane z uzależnieniami i same uzależnienia traktować z przymrużeniem oka. Od kilkunastu lat Polacy wypijają ponad 9 litrów czystego, 100-procentowego alkoholu rocznie na jednego mieszkańca.

80% nastolatków sięga po alkohol. Wokół nas jest bardzo dużo dzieci nadużywających telefonów, grających na komputerze, to są bardzo poważne zagrożenia uzależnieniami behawioralnymi. Dopalacze wciąż stanowią zagrożenie dla dzieci i młodzieży, dlatego potrzebujemy dobrych gminnych programów, w których znajdują się skuteczne działania, a nie np. prelekcje i pogadanki dla młodzieży zamiast profesjonalnych programów profilaktycznych.

Co jeszcze mogą zrobić radni, by skutecznie działać?

Powinni pamiętać, że to w ich rękach są skuteczne narzędzia do ograniczania dostępności alkoholu. Nie tylko badania naukowe, ale też doświadczenia państw, które korzystają z tych narzędzi, pokazują, że ograniczanie liczby punktów sprzedaży oraz godzin ich otwarcia przekłada się na mniejsze spożycie i co się z tym wiąże – na mniej problemów zdrowotnych i społecznych, jakie powoduje alkohol. Pamiętajmy, że alkohol nie jest zwyczajnym towarem. To produkt legalny, ale nie może być traktowany tak jak inne towary i nie może podlegać zasadom wolnego rynku.



Epidemiologia zjawiska uzależnienia od substancji psychoaktywnych

W Polsce od 15 lat roczne spożycie alkoholu wynosi nie mniej niż 9 litrów 100% alkoholu w przeliczeniu na jednego mieszkańca. W 2001 r. wypijaliśmy 6,63 litra, a w 2022 r. już prawie 9,4 litra.

Na rosnące spożycie wpływa na pewno niska cena alkoholu. Za średnie miesięczne wynagrodzenie w 2022 r. można było kupić o blisko 140% więcej butelek piwa o pojemności 0,5 litra niż w 2002 r. (wzrost z 796 do 1889) i ponad 140% więcej butelek czystej wódki 40-procentowej o pojemności 0,5 litra (wzrost z 90 do 219 butelek).



Do grona konsumentów alkoholu należy ponad 80% osób dorosłych. Polacy najczęściej sięgają po piwo, ale do końca lat 90. dominowały wyroby spirytusowe.

W Polsce żyje ponad 580 tys. osób uzależnionych od alkoholu. Ale prawie czterokrotnie większa jest grupa osób nadużywających alkoholu (ponad 2,2 mln dorosłych). Jeśli chodzi o narkotyki, to aż sześciokrotnie większa jest grupa nadużywających narkotyków w stosunku do grupy uzależnionych od nich.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) alkohol znajduje się na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia ludzi, a ponad 200 rodzajów chorób i urazów jest powiązanych z jego spożywaniem¹.

Udowodniony jest związek między spożyciem alkoholu a nowotworami piersi. Alkohol sprawia, że stężenie estrogenu we krwi rośnie, a im wyższy poziom estrogenów we krwi, tym większe ryzyko rozwoju raka piersi – tłumaczy Katarzyna Łukowska, zastępca dyrektora KCPU. – Szkodliwy wpływ alkoholu na zdrowie dotyczy nie tylko osób uzależnionych, ale każdego konsumenta.

¹ Światowa Organizacja Zdrowia, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol> [dostęp: 14.08.2024].

Alkohol – czy na pewno na zdrowie?

Badania potwierdzają, że większość dorosłych osób w Polsce spożywa alkohol. Abstynencję przez co najmniej rok zachowuje co czwarta kobieta i tylko co ósmy mężczyzna (PARPA 2020). Niepijących wyraźnie przybywa w starszych grupach wiekowych.

Mężczyźni przyznają się do spożywania napojów alkoholowych przez 106 dni w roku. Kobiety piją trzy razy rzadziej i wypijają w tym czasie cztery razy mniej etanolu.

Większość konsumentów pije alkohol na poziomie niskiego ryzyka szkód, tzn. na tyle rzadko, mało, w uzasadnionych kulturowo okolicznościach, że nie pociąga to za sobą ryzyka poważnych uszczerbków na zdrowiu. Definicja picia na poziomie niskiego ryzyka szkód dotyczy ludzi dorosłych, zdrowych, sprawnych, niebiorących leków, niepijących alkoholu w sytuacjach wymagających trzeźwości, jak np. ciąża, karmienie piersią, kierowanie pojazdami, obsługa maszyn, praca, nauka, opieka nad dziećmi itp.

Poziom ryzyka szkód zdrowotnych wśród konsumentów zależy najczęściej od ilości alkoholu wypijanego łącznie w ciągu określonego czasu (tygodnia, miesiąca, roku) oraz od dawki wypitej w trakcie pojedynczych

okazji do spożywania alkoholu. Wypijana przy jednej okazji ilość alkoholu wpływa na poziom jego stężenia we krwi, a to przekłada się na poziom zaburzeń świadomości, zachowania i zdrowia. Grupa narażona na największe ryzyko szkód zdrowotnych związanych ze spożywaniem alkoholu to osoby pijące ponad 12 litrów etanolu rocznie. W tej grupie znajduje się 20,9% mężczyzn i 1,7% kobiet.



Według WHO co najmniej 200 urazów i schorzeń ma udowodniony związek z piciem alkoholu. Alkohol jest przyczyną uszkodzeń ciała, zaburzeń psychicznych i zachowania, chorób żółdkowo-jelitowych, nowotworów, chorób układu sercowo-naczyniowego, zaburzeń immunologicznych, chorób kręgosłupa, układu rozrodczego oraz szkód prenatalnych. Spożywanie alkoholu jest jedną z głównych przyczyn umieralności ludzi w Europie.

W Polsce z powodu nadużywania alkoholu co roku umiera kilkanaście tysięcy osób. To populacja małego miasta. Są to nie tylko osoby uzależnione. Z powodu zatrucia alkoholem etylowym umiera ponad dwa tysiące osób, z których większość nie ma za sobą wieloletniej historii nadużywania alkoholu. Osoby te, najczęściej młodzi mężczyźni, dążąc do uzyskania tzw. re-setu, czyli utraty świadomości, wypijają szybko duże ilości wysokoprocentowego



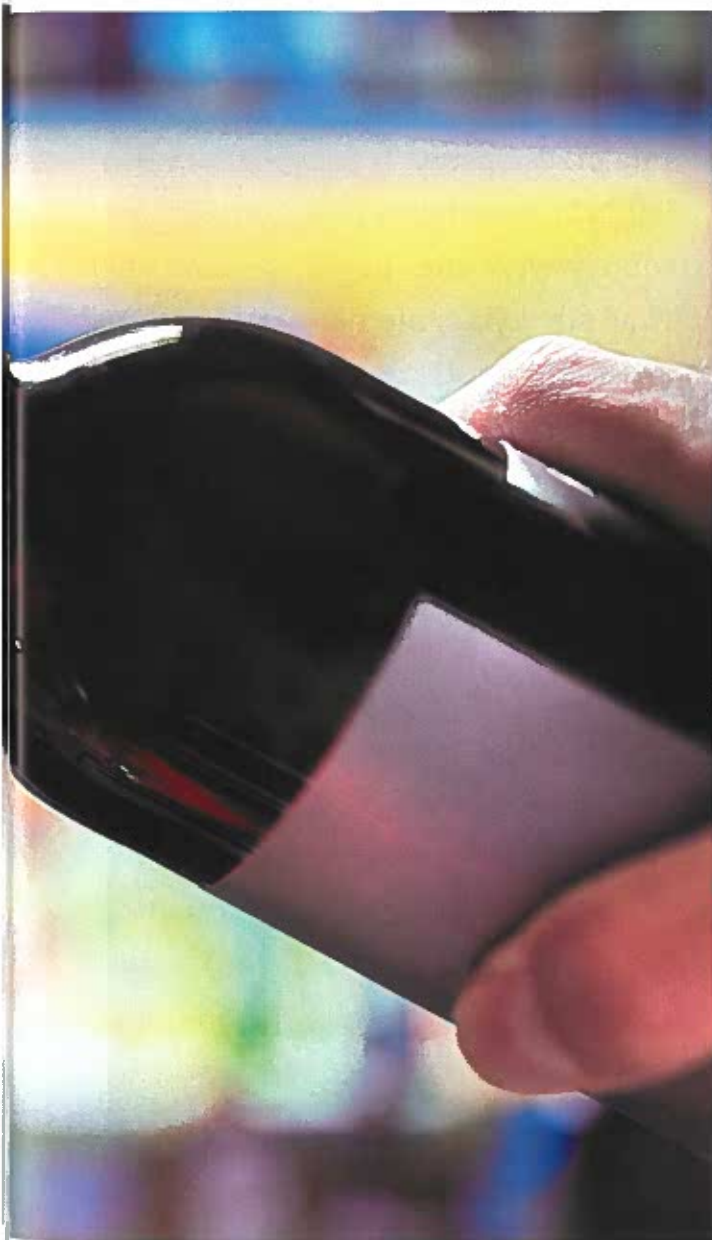
alkoholu, co doprowadza do gwałtownego wzrostu stężenia alkoholu we krwi i zagraża życiu.

Pozornie wydaje się, że skoro kobiety piją rzadziej i mniej niż mężczyźni, to doświadczają z tego powodu mniej problemów zdrowotnych. Nie jest to prawdą. Organizm kobiety wykazuje słabszą zdolność obrony przed negatywnymi skutkami spożywania alkoholu. Szkody narządowe u kobiet występują szybciej i po znacznie

mniej ilościach spożywanego alkoholu. Uwarunkowania biologiczne, takie jak mniejsza ilość wody w organizmie, więcej tkanki tłuszczowej, niezdolność do metabolizowania alkoholu już w żołądku oraz wyższy poziom estrogenów, sprawiają, że kobiety wążące tyle samo co mężczyźni, wypijając tyle samo alkoholu co oni, mogą osiągnąć aż do 40% większe stężenie alkoholu w organizmie. Ponieważ rozkładem alkoholu obciążona jest tylko wątroba, szybciej niż u mężczyzn dochodzi do ciężkich uszkodzeń tego narządu, prowadzących do jego marskości i śmierci. Picie alkoholu w okresie ciąży może być przyczyną poronień, przedwczesnych porodów oraz defektów somatycznych i zaburzeń neurorozwojowych u dzieci.

Co piąty pacjent podstawowej opieki zdrowotnej zgłasza się do lekarza z dolegliwościami mającymi związek z piciem alkoholu. Lekarze nie rozmawiają z pacjentami o piciu, a mało który pacjent, niepytany przez lekarza, jest gotowy inicjować ten temat.

Potoczna wiedza ludzi o tym, jak działa alkohol na organizm i jakie szkody może poczynić w zdrowiu, jest wybiórcza, zafałszowana półprawdami lub własnymi przekonaniami charakterystycznymi dla danego pokolenia, a także zniekształcona przez psychologiczne mechanizmy obronne. Służą one redukcji niepokoju wynikającego ze



świadomości, że ludzie, pijąc alkohol, ryzykują swoim zdrowiem. Pijący chcą doświadczać psychoaktywnego działania alkoholu i chcą się czuć ze swoimi decyzjami komfortowo. Zatem iluzją jest założenie, że wszyscy pełnoletni konsumenci alkoholu są w stanie podejmować, w obszarze swojego picia, racjonalne decyzje i nie potrzebują działań profilaktycznych.

WHO już dawno zrezygnowała z terminu „bezpieczne picie alkoholu”, bowiem nie istnieje żadna dawka, poniżej której alkohol byłby całkowicie nieszkodliwy. Spożywanie etanolu zawsze niesie ze sobą, mniejsze lub większe, ryzyko. To ryzyko można zniwelować, zachowując abstynencję, lub zmniejszyć, ograniczając spożycie alkoholu – zarówno całkowite, jak i ilości wypijane przy jednej okazji.

Ponieważ etanol jest legalną i pożądaną przez ludzi substancją psychoaktywną, istnieje konieczność edukowania konsumentów w zakresie ryzyka związanego z piciem alkoholu oraz uczenia ich sposobów minimalizowania strat wynikających z używania alkoholu. Ograniczenie picia szkodliwego o 10% jest aktualnie jednym z dziewięciu priorytetów polityki zdrowotnej WHO, realizowanej do 2025 r.

Najbardziej efektywną strategią redukcji poziomu spożywania alkoholu jest ograniczenie ekonomicznej i fizycznej dostępności napojów

alkoholowych. Realizacja tej strategii leży w rękach polityków na poziomie krajowym i lokalnym. Badania dowodzą, że im większa gęstość punktów sprzedaży napojów alkoholowych i dłużej działające te punkty, tym większe problemy związane ze spożyciem alkoholu. Im większa dostępność ekonomiczna, tym większe rozpowszechnienie chorób i śmiertelności związanej z alkoholem, przemocy, liczby ofiar wypadków drogowych, jazdy pod wpływem alkoholu, ryzykownych zachowań seksualnych, chorób przenoszonych drogą płciową, używania narkotyków i popełniania przestępstw.

Polityka rozwiązywania problemów alkoholowych nie powinna koncentrować się wyłącznie na zapobieganiu uzależnieniom. Uzależnienie to wierzchołek góry lodowej. Osób, które piją alkohol szkodliwie, czyli już doświadczają szkód zdrowotnych, a nie mają objawów uzależnienia, jest cztery razy więcej. Aktualni abstynenci mogą zacząć pić, a osoby pijące dziś na poziomie niskiego ryzyka szkód mogą zintensyfikować swoje picie, narażając siebie i innych na straty. Wynika z tego potrzeba kreowania polityki zdrowotnej wspierającej konsumentów w ograniczaniu spożywania alkoholu. Profilaktyką szkód związanych z piciem alkoholu powinni być objęci także dorośli, nie tylko dzieci czy młodzież.

Istota leczenia uzależnień – skuteczne metody

Problemy związane z zaburzeniami używania substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, są bardzo złożone. Planowanie i realizowanie zintegrowanej, profesjonalnej pomocy

osobom z rozpoznaniem uzależnienia wymaga specjalistycznej wiedzy z wielu dziedzin, takich jak medycyna, psychoterapia, psychologia kliniczna, pomoc społeczna czy prawo.



Leczenie osób z uzależnieniem – dzieci, młodzieży oraz dorosłych – zgodnie z przepisami prawa odbywa się wyłącznie w podmiotach leczniczych (w rozumieniu art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2024 r. poz. 799), które są wpisane do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. To ograniczenie dotyczy leczenia odwykowego, przepisy ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 1939) dopuszczają praktyki zawodowe. Ośrodki interwencji kryzysowej czy też punkty konsultacyjne działające w gminach, zwykle przy ośrodkach pomocy społecznej, nie są placówkami uprawnionymi do udzielania świadczeń zdrowotnych, ale ich działania są ważne w zintegrowanym systemie pomocy.

W polskim systemie leczenia uzależnień proponowane są różne formy i metody leczenia, a ich wybór zależy od wielu czynników. **Kluczowym działaniem w leczeniu jest rzetelna diagnoza kliniczna i psychoterapeutyczna.** Stan pacjenta jest dynamiczny i diagnoza zmienia się w trakcie monitorowania leczenia. Czynniki, które determinują wybór metody leczenia uzależnienia, to między innymi:

1. nasilenie problemów związanych z używaniem substancji

psychoaktywnych – od szkodliwego używania do uzależnienia;

2. rodzaj przyjmowanej substancji – istotne są także: ilość, czas, zażywanie więcej niż jednej substancji psychoaktywnej;

3. ogólny stan zdrowia somatycznego, np. występowanie takich chorób jak: marskość wątroby, otępienie, nowotwór, choroby układu krążenia lub układu pokarmowego;

4. współwystępowanie innych zaburzeń zdrowia psychicznego, np. zespołów depresyjnych, lękowych;

5. cel leczenia – abstynencja, ograniczenie przyjmowania substancji, redukcja szkód;

6. etap leczenia – zgłoszenie się do terapii i etap diagnozy oraz praca nad motywacją zmiany zachowania związanego z uzależnieniem aż do etapu kończenia leczenia;

7. formy leczenia – ambulatoryjna, dzienna, stacjonarna;

8. zasoby i ograniczenia psychologiczno-społeczne pacjenta, np. zdolność do refleksji podczas psychoterapii, poważne problemy bytowe;

9. dostęp do placówki leczenia uzależnień i programów diagnostyczno-terapeutycznych realizowanych w tej placówce.

W praktyce klinicznej wybór metod terapii powinien być podyktowany ich skutecznością, a przynajmniej

powinien mieć odniesienie do zasad dobrej praktyki klinicznej.

Gdy zostanie postawiona diagnoza problemów związanych z uzależnieniem, pacjentom i ich bliskim proponowane są różne formy pomocy:

1. oddziaływanie psychologiczne – w tym psychoterapia, poradnictwo, interwencja kryzysowa, rehabilitacja;

2. farmakoterapia, która ma ważne zadanie wspierające zmianę zachowania pacjentów ze względu na redukcję objawów abstynencyjnych po odstawieniu lub ograniczeniu przyjmowania substancji, w leczeniu substytucyjnym czy też w leczeniu współwystępujących zaburzeń zdrowia psychicznego i somatycznego. Wszystkie leki należy



przyjmować pod ścisłą kontrolą lekarską. Zgodnie z zaleceniami Sekcji Psychofarmakologii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego leczenie farmakologiczne uzależnień od substancji psychoaktywnych bez interwencji psychospołecznych nie jest wskazane;

3. pomoc społeczno-prawna służąca reintegracji społecznej czy też wspieraniu działań w ramach redukcji szkód.

Przykładem różnorodności celów i psychologicznych metod leczenia dorosłych osób z rozpoznaniem uzależnienia od alkoholu może być schemat postępowania terapeutycznego, który jest realizowany w dużych placówkach leczenia uzależnień, a został opracowany przez zespół doradców dyrektora Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (ryc. 1).

Ten schemat systemu leczenia przedstawia szeroki wachlarz oddziaływań psychologicznych wobec osób uzależnionych. Już w trakcie pierwszych **kontaktów diagnostyczno-motywujących** istotne jest przeprowadzenie diagnozy i wzmacnianie motywacji do leczenia oraz dokonanie wyboru optymalnej formy pomocy. W polskim systemie leczenia uzależnień najbardziej powszechne są **programy psychoterapeutyczne ukierunkowane na abstynencję**, które obejmują różne etapy leczenia – od

redukcji objawów uzależnienia i uzyskania wczesnej abstynencji, poprzez poprawę relacji z bliskimi, rozwijania umiejętności społecznych, radzenia sobie z trudnościami w konstruktywny, satysfakcjonujących sposób, po wzmacnianie procesu zdrowienia i uzyskanie większej integracji psychicznej. Są osoby, które na początku wymagają leczenia stacjonarnego, a potem kontynuują leczenie w poradni. W pracy psychoterapeutycznej z osobą z uzależnieniem dominuje podejście integracyjne, choć na różnych etapach leczenia i w zależności od możliwości pacjenta, wykształcenia specjalisty i profilu placówki korzysta się z różnych nurtów psychoterapeutycznych. Najczęściej na początku leczenia stosuje się metody typowe dla terapii strukturalnych, głównie nurtu poznawczo-behawioralnego, a w późniejszym okresie korzysta się także z innych podejść psychoterapeutycznych: psychodynamicznego, humanistycznego czy też systemowego.

Popularnymi metodami realizowanymi w programach leczenia są:

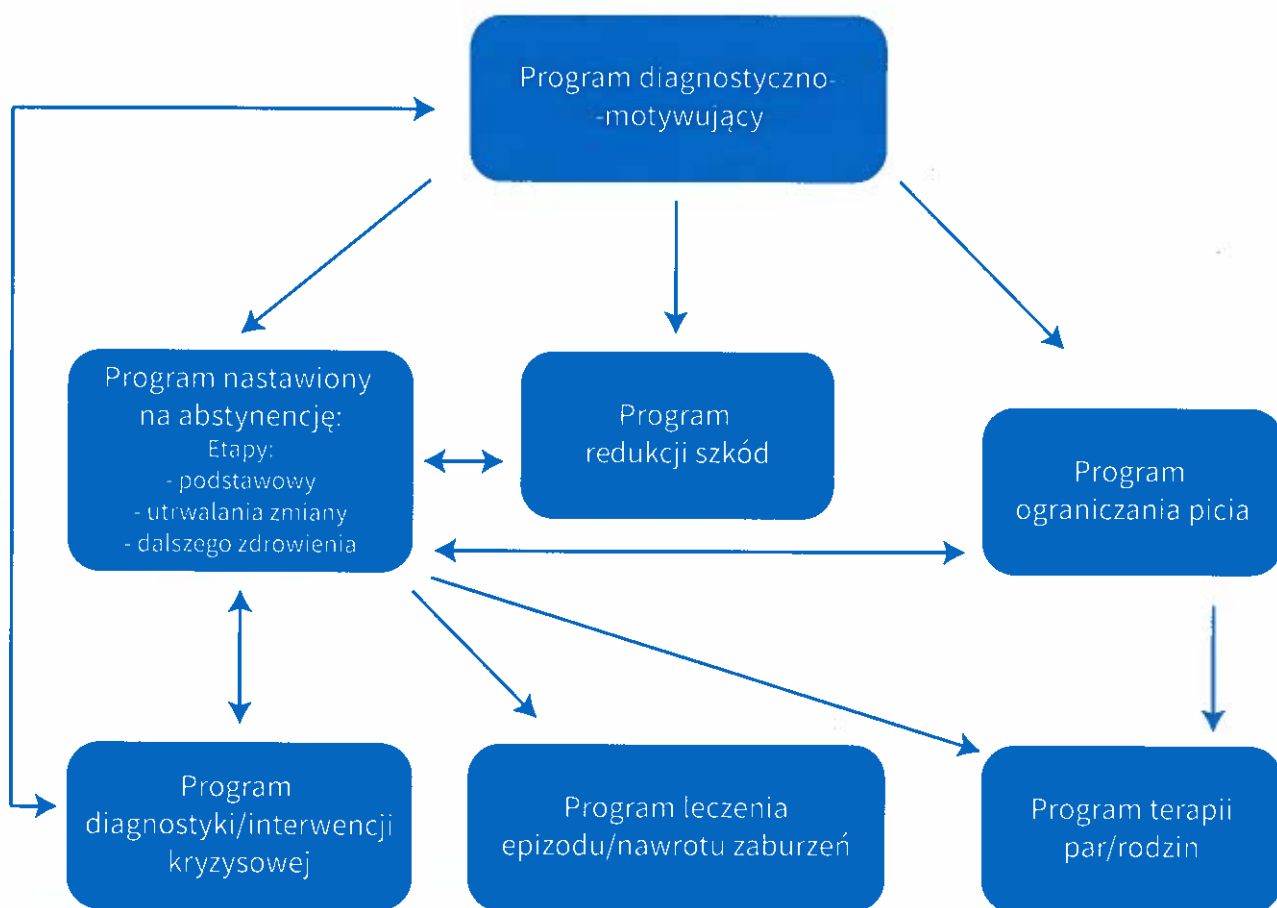
- 1. dialog motywujący** – jako metoda o skuteczności dobrze udokumentowanej naukowo oparta jest na współpracującym stylu prowadzenia ukierunkowanej rozmowy, służącej wzmacnianiu motywacji do zmiany i jej realizowaniu;

2. społeczność terapeutyczna – stosowana w leczeniu uzależnień, w szczególności od narkotyków. Poprzez swoją strukturę, jasne zasady funkcjonowania w placówce, normy i przyjęte wartości oraz wypracowane w społeczności zwyczaje zapewnia poczucie bezpieczeństwa swoich członków, co sprzyja ich procesowi zmiany i leczeniu osoby, a nie tylko jej uzależnienia.

Zgodnie ze standardami WHO w leczeniu realizuje się także cele **ograniczania spożywania substancji**

nakierowane na wypracowanie zdyscyplinowanego wzoru używania substancji, zgodnego z ustalonym wspólnie z terapeutą planem ich używania (ilość, częstość, kontekst, czas i miejsce). W Polsce realizowane są między innymi takie programy takie jak:

1. POP – Program Ograniczania Picia alkoholu i jego elektroniczna wersja E-POP dostępna w formie platformy internetowej pod linkiem: <https://e-pop.pl> oraz aplikacji telefonicznej w sklepie Google Play;



Ryc. 1. Schemat postępowania terapeutycznego, opracowanie własne autorki rozdziału

2. CANDIS – program krótkoterminowy, przeznaczony dla osób powyżej 16 r.ż., dla których konopie stanowią najważniejszy problem;
3. FreD – program krótkiej, wczesnej interwencji FreD Goes Net – jednorazowe działanie skierowane do młodej osoby, która problemowo używa substancji psychoaktywnych, ale jeszcze nie spełnia kryteriów diagnozy uzależnienia.

W placówkach leczenia uzależnień oferuje się także pomoc dla osób bliskich, dla par z problemem uzależnienia i ich rodzin, szczególnie w sytuacji uzależnionego dziecka. Terapia par w leczeniu uzależnień jest metodą rekomendowaną przez międzynarodowe stowarzyszenia i została określona jako najbardziej skuteczna i postępową w psychoterapii uzależnienia od alkoholu. Programy terapii par/rodzin podnoszą skuteczność leczenia osób z uzależnieniem, wykazują wyższą skuteczność w zapobieganiu nawrotom w porównaniu z terapią indywidualną partnerów osób z uzależnieniem.

Wśród pomocy o charakterze psychospołecznym należy wskazać **program redukcji szkód**. Jest przeznaczony głównie dla osób z dużym nasileniem uzależnienia, które mają poważne trudności z utrzymaniem abstynencji. Ich celem jest poprawa stanu zdrowia i funkcjonowania społecznego, przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu,

wzmacnianie zachowań ograniczania przyjmowania substancji. Warto także wspomnieć o grupach samopomocowych, które nie są programami terapeutycznymi, lecz poprzez działania wspólnotowe wspierają abstynencję i kształtowanie zdrowego stylu życia.

Podstawowymi metodami leczenia osób z uzależnieniem są oddziaływania psychologiczne, w tym psychoterapia, ale ze względu na złożoność kliniczną pacjenci wymagają interdyscyplinarnej pomocy, w tym farmakoterapii. W modelu leczenia integracyjnego, ujmującego interakcję różnych czynników i mechanizmów w etiologii, rozwoju i przebiegu leczenia uzależnienia u dzieci, młodzieży i dorosłych, praca w zespole interdyscyplinarnym daje bardzo pożądane efekty, a kompleksowe terapie mają empiryczne dowody skuteczności, które należy promować. Ważne dla rozwoju kadry medycznej jest wspieranie kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii uzależnień poprzez zatrudnianie osób specjalizujących się w tym obszarze i dofinansowywanie ich kształcenia.

Ogólnopolski Telefon Zaufania „Uzależnienia” 800 199 990 jest czynny codziennie w godzinach 16.00–21.00 i jest bezpłatny.

Udziela wsparcia i informacji osobom z uzależnieniem (bez względu na rodzaj substancji, od której są uzależnione) oraz członkom ich rodzin.

O tym, jak samorządy mogą wspierać lecnictwo odwykowe, z Katarzyną Łukowską, zastępcą dyrektora KCPU, rozmawia Anna Hernik-Solarska

W jaki sposób w ramach gminnych programów samorządy mogą wspierać placówki leczenia uzależnień?

Samorząd, podobnie jak w innych obszarach ochrony zdrowia, także i w lecnictwie uzależnień, może zwiększać dostępność pomocy dla pacjentów – mieszkańców swojej gminy. Jedno z zadań gminnych programów to właśnie zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu oraz narkotyków.

Zadanie to może obejmować m.in. takie działania jak: zakup dodatkowych świadczeń grupowych oraz sesji indywidualnych osobno dla osób uzależnionych i ich małżonków/partnerów, finansowanie szkoleń i konferencji podnoszących kompetencje specjalistów psychoterapii uzależnień, dofinansowanie remontu i adaptacji placówek, wyposażenie placówki (np. zakup mebli, materacy do sesji grupowych, zakup materiałów edukacyjnych dla pacjentów i terapeutów w placówce).

Zapewne nie każda placówka potrzebuje tej samej pomocy od samorządu?

Dlatego pierwszym krokiem jest rozpoznanie potrzeb. Jaki jest czas oczekiwania na wizytę oraz rozpoczęcie terapii, czy

zakres finansowania świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest wystarczający, jakie są potrzeby szkoleniowe personelu, ale także w jakich warunkach prowadzona jest psychoterapia; czy placówka ma odpowiednią liczbę sal do terapii grupowej i spotkań indywidualnych, czy jest tam estetycznie, czy sale do pracy indywidualnej zapewniają pacjentom dyskrecję prowadzonych rozmów.

Czy samorządy dobrze wywiązują się z tego zadania?

Niektóre tak, inne nie. Zauważam, że wiele gmin woli finansować swoje punkty konsultacyjne (a tam nie można prowadzić leczenia), niż wspierać placówki z profesjonalnymi programami. To przecież nie muszą być placówki znajdujące się w danej gminie, ważne, żeby trafiali do nich pacjenci z naszego terenu. W każdej gminie około 2% to są osoby uzależnione od alkoholu, do tego należy doliczyć ich małżonków/partnerów, często też potrzebujących pomocy psychologicznej, dlatego każda gmina powinna współpracować z placówkami leczenia uzależnień i je wspierać, aby pacjenci otrzymali możliwie kompleksową pomoc psychoterapeutyczną.

Zagrożenia uzależnieniami behawioralnymi wśród dzieci i młodzieży – FOMO, gry, internet. Co mogą zrobić gminy, by im zapobiegać?

Uzależnienia behawioralne to kategoria zaburzeń zachowania, które swoimi mechanizmami, przejawami i konsekwencjami przypominają uzależnienia od substancji. Formalnie do tej kategorii zaliczamy: zaburzenie grania w gry hazardowe i zaburzenie grania w gry komputerowe/internetowe (zgodnie z klasyfikacjami DSM-5 i ICD-11). W 2013 r. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne umieściło w piątej edycji Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych (DSM-5) zaburzenie korzystania z gier internetowych (ang. IGD – *internet gaming disorder*). Zgodnie zaś z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) obecnie wyróżnia się jedynie dwa uzależnienia behawioralne – od hazardu oraz gier.

DSM i ICD to dwie różne klasyfikacje dotyczące zdrowia, przy czym ICD odnosi się do wszystkich chorób, zaś DSM tylko do tych związanych ze zdrowiem psychicznym.

Poza tymi dwoma przykładami zaburzeń badacze wyróżniają także, choć nieformalnie, problemowe korzystanie z sieci społecznościowych, ze smartfona

oraz internetu. Natomiast w przypadku dzieci częściej używa się określenia: problemowe używanie urządzeń cyfrowych. Wszystkie te przykłady problemowych zachowań czy zaburzeń, poza zaburzeniem uprawiania hazardu, mają wspólny mianownik – używanie technologii. Zatem można potraktować tę podkategorię uzależnień behawioralnych jako przykłady problemowego korzystania z nowych technologii cyfrowych.

Problemowe korzystanie z nowych technologii cyfrowych można opisać przez pryzmat kryteriów, przy czym jedynie zaburzenie grania w gry komputerowe zostało opisane w klasyfikacjach takich jak DSM-5 czy ICD-11. Niemniej w literaturze przedmiotu opisano sześć podstawowych kryteriów, które wykorzystuje się do definiowania tzw. uzależnień behawioralnych, w tym wyżej wymienionej kategorii: (1) zaabsorbowanie (dane zachowanie zaczyna dominować nad innymi); (2) modyfikacja nastroju (angażowanie się w dane zachowania w celu ucieczki od nieprzyjemnych stanów czy myśli); (3) wzrost tolerancji (zwiększenie angażowania



się w dane zachowanie w celu uzyskania tego samego efektu modyfikacji nastroju); (4) symptomy odstawienne (złe samopoczucie, rozdrażnienie, a nawet histeria w sytuacji ograniczonego dostępu do danego zachowania); (5) negatywne konsekwencje w wymiarze emocjonalnym, społecznym, związanym

z pracą czy hobby; (6) nawrót (nieudane próby kontrolowania i ograniczenia danego zachowania)².

Badania pokazują, że zaburzenia grania w gry komputerowe/internetowe w grupie dzieci i młodzieży dotyczą niepełna 5% (4,6%, Fam, 2018). Badania „Nastolatki 3.0” z 2022 r. pokazały, że

² M.D. Griffiths, A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework, „Journal of Substance Use” 2005, Vol. 10, Is. 4, s. 191–197.

31% nastolatków w Polsce jest zagrożonych rozwinięciem zaburzenia związanego z problemowym używaniem internetu w stopniu wysokim, a kolejnych 8% – bardzo wysokim. Te same badania pokazały także, że niemal 30% nastolatków w Polsce jest w sposób umiarkowany zagrożonych rozwinięciem problemowego korzystania z sieci społecznościowych, podczas gdy kolejnych 12,7% – w dużym stopniu.

Warto także zwrócić uwagę na dość nowe zjawisko, które jest związane z korzystaniem z nowych technologii cyfrowych, a mianowicie na lęk przed odłączeniem się od sieci, telefonu czy mediów społecznościowych, tzw. FOMO (z ang. *Fear Of Missing Out*). Zgodnie z raportem z badań „FOMO 2021. Polacy a lęk przed odłączeniem podczas pandemii” 30% osób w wieku 15–19 lat odczuwa wysokie natężenie FOMO. W raporcie zawarte są także dane pokazujące, że istnieje związek pomiędzy odczuwaniem FOMO a wysokim zaangażowaniem w media społecznościowe, niską kontrolą czasu, który młodzi ludzie spędzają online, i niską troską o relacje poza światem online.

Strategie działań można podzielić na kilka obszarów:

Po pierwsze – zwiększenie przekazywanej wiedzy o danej tematyce, ale także o przyczynach leżących u podłoża

zaburzeń oraz o potencjalnych rozwiązaniach, kierowanej do szerokiego grona interesariuszy. Dobrą praktyką w tym obszarze jest ogólnopolska kampania „Pierwsze kroki w (cyber)świecie” (www.pierwszekroki.net). Na stronie kampanii można znaleźć zarówno informacje o tym, na czym polega problem nadużywania urządzeń ekranowych przez dzieci, jakie jest rozpowszechnienie problemu, ale także dlaczego dzieci tak chętnie sięgają po ekrany, do jakich konsekwencji to może prowadzić i (co bardzo ważne) co robić, aby wspierać zbalansowany rozwój dziecka, innymi słowy, co i jak zrobić, aby ograniczyć ekrany.

Po drugie – działanie u podstaw, czyli rozwijanie kompetencji psychospołecznych u dzieci. Kompetencje psychospołeczne stanowią podstawową i uniwersalną grupę czynników chroniących przed wszelkimi zachowaniami problemowymi, w związku z tym ich rozwijanie, nawet u przedszkolaków, wspiera prawidłowy rozwój psychiczny dzieci. W Polsce mamy zestaw programów służących promocji zdrowia psychicznego (listę programów rekomendowanych można znaleźć na stronie www.programyrekomendowane.pl), które skupiają się na rozwijaniu zasobów, np. kompetencji radzenia sobie ze stresem. Strategie działań w tym obszarze mogłyby polegać na finansowaniu szkoleń dla nauczycieli przedszkolnych



i wczesnoszkolnych w ramach tych programów. Drugą stroną medalu jest wygospodarowanie czasu na realizację takiego programu – o ile w przedszkolu łatwiej jest zrealizować taki program ze względu na możliwość bardziej elastycznego działania wychowawców, mniejszą liczbę zadań obowiązkowych do zrealizowania, o tyle w szkole, nawet w klasach 1–3, należałoby wskazać na priorytetową rolę takich programów i zobowiązać wychowawców do ich realizacji.

Po trzecie – rozwijanie kompetencji związanych z używaniem technologii. W Polsce brakuje programów profilaktycznych w obszarze nowych technologii, ale to nie oznacza, że brakuje jakichkolwiek materiałów. Instytucje, takie jak NASK³ czy szereg organizacji pozarządowych, wypracowały materiały edukacyjne kierowane do dzieci, młodzieży i ich rodziców, które można wykorzystywać do pracy w szkole (np. podczas godziny wychowawczej) czy podczas zajęć pozaszkolnych (np.

3 Naukowa i Akademicka Sieć Komputerowa – Państwowy Instytut Badawczy, <https://www.nask.pl/pl/o-nas/kim-jestesmy/3261,O-NASK.html>

w świetlicach socjoterapeutycznych). Przykładem materiału godnego polecenia jest „Loguj się z głową”⁴ – to scenariusze zajęć dostosowanych do czterech grup wiekowych: klas wczesnoszkolnych, klas 4–6, klas 7–8 i uczniów szkół ponadpodstawowych. W materiale „Loguj się z głową” znajdują się zarówno treści ogólne, w tym dotyczące rozwijania kompetencji psychospołecznych, jak i te bezpośrednio związane z technologią cyfrową, np. na temat zniekształceń poznawczych

związanych z internetem. Materiał „Loguj się z głową” jest dostępny bezpłatnie i do bezpłatnego wykorzystania.

Innym materiałem spełniającym podobną funkcję są „Wspólne kroki w cyberświecie” czy „Rysia i Tolek na Cyberzachodzie”.

Poza tym warto zwrócić uwagę na strony Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę⁵, NASK czy na stronę www.saferinternet.pl, ponieważ znajduje się na nich bardzo dużo dostępnych bezpłatnie materiałów, w tym scenariuszy



4 <https://fundacijapozaschematami.pl/projekty/loguj-sie-z-glowa-ogolnopolski-program-educacyjny/>

5 <https://fdds.pl/jak-pomagamy.html#Poradnia%20Dziecko%20w%20Sieci>

zajęć. Strategie działań w tym obszarze mogłyby polegać również na kierowaniu dodatkowych środków do szkół – dla psychologów lub pedagogów szkolnych na szkolenia, jak również na kierowanie środków na realizację zajęć na podstawie wymienionych wyżej materiałów przez zewnętrznych realizatorów. Innymi słowy ważne jest nadanie priorytetu wykorzystania istniejących już materiałów do realizacji przez własnych lub zewnętrznych realizatorów oddziaływań profilaktycznych.

Po czwarte – kierowanie oddziaływań do rodziców i opiekunów, rozwijanie podstawowych umiejętności wychowawczych, takich jak umiejętności komunikacyjne, umiejętności związane z kontrolą czy monitorowaniem używania internetu przez dzieci, czyli ustalanie i egzekwowanie zasad korzystania z sieci (dotyczących np. czasu). Te umiejętności najlepiej byłoby rozwijać podczas warsztatów, a nie wykładów, zatem rekomendowane byłoby organizowanie warsztatów podnoszących kompetencje rodzicielskie.



Ograniczenie dostępności alkoholu jako skuteczna strategia zmniejszenia spożycia – decydujący głos należy do radnych

Dostępność fizyczna to gęstość punktów sprzedaży, ich rozmieszczenie w terenie, godziny otwarcia.

Jedną z najskuteczniejszych metod redukujących spożycie alkoholu, i problemów z tym związanych, jest ograniczenie jego dostępności. Ustawodawca przekazał w ręce samorządów kilka skutecznych narzędzi i ostateczne to radni decydują o tym, czy polityka wobec alkoholu będzie uwzględniała konieczność ograniczenia jego spożycia.

Samorządy gminne mają obowiązek wprowadzać **limity zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych** oraz ustalać **zasady usytuowania punktów sprzedaży alkoholu**, np. wyznaczając odpowiednie odległości chroniące takie miejsca, jak szkoły czy placówki wsparcia dziennego. Dzieci tuż przy wejściu do szkoły nie powinny być narażone na widok sklepów z alkoholem.

Aż połowa Polaków popiera ograniczenie liczby miejsc, gdzie można

kupić alkohol, tylko 12% jest zdecydowanie temu przeciwnych⁶.

Gminy ustalają limity zezwoleń powyżej rzeczywistych rynkowych potrzeb i zwiększają je automatycznie w sytuacji, kiedy skończą się zezwolenia, nie poddając jakiegokolwiek refleksji tego, że większa liczba punktów sprzedaży alkoholu to łatwiejszy dostęp i większe spożycie, a zatem brak odpowiedzialności za zdrowie swoich mieszkańców – podkreśla Katarzyna Łukowska, zastępca dyrektora KCPU.

Kiedy alkohol jest łatwo dostępny, konsumpcja rośnie, natomiast kiedy ograniczy się jego dostępność, spożycie alkoholu i problemy z tym związane się zmniejszają. Potwierdzają to badania prowadzone w różnych krajach. Takie podejście opiera się na założeniu, że zmniejszenie podaży poprzez zwiększenie kosztów związanych ze zdobyciem alkoholu (np. zmniejsza się wygoda konsumenta) obniża jego spożycie. Według szacowań Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie „zmniejszenie wskaźnika liczby punktów sprzedaży napojów

⁶ Centrum Badania Opinii Społecznej, *Opinie Polaków o sprzedaży alkoholu*, Komunikat z badań nr 160/2019, Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2019.



alkoholowych do poziomu 310 mieszkańców na jeden punkt doprowadziłoby do spadku spożycia o 1 litr czystego alkoholu na osobę w skali kraju⁷. Oznaczałoby to likwidację około 10% wszystkich punktów sprzedaży (kilkunastu tysięcy).

Poza ww. uchwałami, których podjęcie jest obowiązkowe, radni mogą także wprowadzać **ograniczenia w nocnej sprzedaży** napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży w godzinach między 22.00 a 6.00, a także ze względu na szczególny charakter danego miejsca mogą wprowadzić czasowy lub stały zakaz sprzedaży, podawania, spożywania oraz wnoszenia napojów alkoholowych. Dotyczy to np.:

1. miejsc pamięci narodowej,
2. rezerwatów przyrody.

Warto przypomnieć, że w Polsce obowiązuje **generalny zakaz spożywania napojów alkoholowych w miejscach publicznych**, z wyjątkiem miejsc przeznaczonych do ich spożycia na miejscu, w punktach sprzedaży tych napojów. 86% respondentów z cytowanych wyżej badań CBOS uważa, że należy skuteczniej egzekwować ten zakaz, co jest ważną wskazówką dla gmin i ich organów porządkowych. Rada gminy może, w drodze uchwały, w określonym miejscu publicznym na terenie gminy wprowadzić odstępstwo od tego zakazu, ale tylko wtedy, jeśli nie będzie to miało negatywnego wpływu na odpowiednie kształtowanie polityki społecznej w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi i nie będzie zakłócało bezpieczeństwa i porządku publicznego.

7 Jacek Moskaiewicz, *Dostępność fizyczna i ekonomiczna alkoholu, spożycie, problemy*. Ekspertyza przygotowana na zlecenie PARPA, 2019.

Spożycie alkoholu w Polsce rośnie, zwiększa się liczba zgonów powiązanych z alkoholem, za średnie miesięczne wynagrodzenie możemy kupić coraz więcej butelek piwa i wódki, w wielu gminach alkohol jest dostępny przez całą dobę, a ponad 200 chorób ma związek z alkoholem. Ograniczenie spożycia jest więc aktualnie pilną potrzebą i nie uda się to bez wsparcia samorządów i ich racjonalnej polityki – apeluje Katarzyna Łukowska, zastępca dyrektora KCPU.

**Katarzyna Łukowska,
zastępca dyrektora KCPU**

W dyskusjach nad ograniczaniem spożycia alkoholu często słyszę, że przede wszystkim należy ludzi edukować i tłumaczyć im, dlaczego powinni pić mniej. Niestety sama edukacja nie działa. WHO, na podstawie analizy wielu przeprowadzonych badań, wskazuje, że

jednym z najskuteczniejszych działań jest ograniczenie dostępności alkoholu. Pozostałe strategie to zakazy i ograniczenia reklamy, wysoka cena alkoholu, badania przesiewowe, czyli wczesna diagnoza, i krótka interwencja w podstawowej opiece zdrowotnej oraz wprowadzenie skutecznej polityki w zakresie nietrzeźwości na drodze. Wbrew powszechnym przekonaniom samo tłumaczenie ludziom, że alkohol jest szkodliwy i należy ograniczyć jego picie lub w pewnych sytuacjach zachować abstynencję, nie jest wystarczającym działaniem.

Ze względu na swoje właściwości, we wszystkich krajach europejskich alkohol jest traktowany jako towar szczególny, który nie podlega regułom wolnego rynku, i dlatego jego sprzedaż poddawana jest określonym restrykcjom prawnym, ograniczającym swobodę handlu – podkreśla Katarzyna Łukowska, zastępca dyrektora KCPU.



Nocna prohibicja – czy ma sens?

Od 2018 r., na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2023 r. poz. 2151) (art. 12 ust. 4), samorządy mogą wprowadzać ograniczenia w nocnej sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza punktem sprzedaży. Ograniczenia te nie dotyczą zatem takich miejsc, jak restauracje, puby i kluby, ponieważ tam alkohol jest spożywany na miejscu. Ograniczenia te mogą dotyczyć sprzedaży prowadzonej w godzinach od 22.00 do 6.00, czyli mogą być wprowadzone np. między

24.00 a 5.00. Gminy mają pełną swobodę ograniczania dostępności w godzinach pomiędzy 22.00 a 6.00.

Tak zwana nocna prohibicja to rozwiązanie, które służyć ma przede wszystkim bezpieczeństwu publicznemu. Najczęściej samorządy wprowadzają ją właśnie z inicjatywy mieszkańców, którzy mają dość zakłócania porządku publicznego przez głośno zachowujących się konsumentów alkoholu. Piotrków Trybunalski w województwie łódzkim w 2018 r. był jednym z pierwszych miast w Polsce, które wprowadziły takie regulacje. W wypowiedzi

2024 – 176 gmin (7,1%)

2023 – 170 gmin (6,9%)

2018 – 162 gminy (6,5%)

Ryc. 2. Liczba gmin, które wprowadziły ograniczenia w nocnej sprzedaży napojów alkoholowych. Dane z KCPU

dla PAP prezydent miasta Krzysztof Chojniak powiedział: *Patrząc z perspektywy czasu widać, że nasze działania były słuszne i przyniosły efekty. Mam wiele głosów mieszkańców, którzy mówią, że wreszcie jest ciszej i czyszej, ogólnie mówiąc – normalnie⁸.*

Przedstawiciele samorządów gminnych zapytani o korzyści, jakie dostrzegają po wprowadzeniu ograniczeń w godzinach nocnej sprzedaży alkoholu, najczęściej mówili, że zmniejszyła się liczba interwencji służb (57,5%) oraz że wzrosło poczucie bezpieczeństwa mieszkańców. Co trzeci samorząd wskazał na pozytywne opinie mieszkańców wobec takiego rozwiązania. Co piąty samorząd zwrócił uwagę na niezadowolenie ze strony właścicieli punktów sprzedaży. Niespełna 2% odnotowało zmniejszenie wpływów z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych.

Ogółem ponad 84% samorządów gminnych pozytywnie oceniło wprowadzenie tego rodzaju ograniczeń, a jedynie 0,9% uznało to za błędną decyzję (Badanie ankietowe zrealizowane przez KCPU w 2024 r.).



Błażej Gawroński, członek Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Olsztynie

Mamy taką uchwałę już od 2018 r. Nasze ograniczenia dotyczą godzin między 22.00 a 6.00 rano. Przed jej przyjęciem rozmawialiśmy z radnymi i przekonywaliśmy ich, że takie ograniczenie jest ważne dla mieszkańców naszego miasta i że Olsztyn nie potrzebuje całodobowych sklepów z alkoholem. Przeciwno nam były media. Straszili nas, że ludzie w sklepach stracą pracę i że powstaną tzw. meliny. Nic takiego się nie stało. To była dobra decyzja. Z danych naszej policji wynika, że aż o 47% zmniejszyła się liczba interwencji w związku z zakłócaniem porządku publicznego.

8 Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, „Nocna prohibicja” w co dziesiątej gminie, <https://samorząd.pap.pl/kategoria/aktualnosci/krajowe-centrum-przeciwdzialania-uzaleznieniom-nocna-prohibicja-w-co> [dostęp: 20.07.2024].

Opłaty od tzw. małpek – na co samorządy gminne mogą je wydawać?

Małpki, czyli małe buteleczki z trunekiem w środku, są dziś obecne w prawie każdym sklepie z alkoholem. Do zakupu takiego formatu przyznaje się 1/3 konsumentów alkoholu. Małpki najczęściej kupują klienci w wieku 18–35 lat. Rząd dostrzegł ten problem i w tzw. ustawie cukrowej⁹, obok opłat od napojów słodzonych i energetycznych, wprowadził dodatkową opłatę za alkohole sprzedawane w opakowaniach o objętości do 300 ml. W tej opłacie nie jest istotny rodzaj sprzedawanego alkoholu – czy jest to wódka czy wino – ale jego pojemność. *Obecnie na półkach sklepowych dostępne są nie tylko 100 i 200 ml butelki z napojami spirytusowymi, ale także szeroki wybór win (np. w przypadku win niemusujących dostępne niewielkie objętości to 100, 187 i 250 ml), dostępnych w butelkach lub puszkach, oraz tzw. alco-popów, czyli gotowych do spożycia drinków (dostępnych np. w opakowaniach o objętości 275 ml czy puszkach o objętości 250 ml – czytamy w uzasadnieniu do cytowanej wyżej ustawy.*

Opłatę, o której mowa w ustawie, wnoszą przedsiębiorcy, którzy posiadają

zezwoleń na obrót hurtowy napojami alkoholowymi i zaopatrują przedsiębiorców detalicznych, którzy posiadają zezwolenie na sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży. Detaliści mogą także mieć zezwolenie na sprzedaż detaliczną w miejscu sprzedaży, czyli np. w restauracjach, klubach, ale ustawodawca uznał, że w takich miejscach konsumenci raczej nie kupują małpek, i tym samym nie wprowadził w tym zakresie tej dodatkowej opłaty. Hurtownicy wnoszą stosowne opłaty do Pierwszego Urzędu Skarbowego w Bydgoszczy, który przekazuje je gminom w dwóch terminach – do końca kwietnia i do końca sierpnia – proporcjonalnie do wpływów uzyskanych przez gminy z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, o których mowa w art. 11 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tzw. korkowego).

Opłata od sprzedaży alkoholu w małych opakowaniach jest podzielona po połowie między gminy a Narodowy

⁹ Ustawa z dnia 14 lutego 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z promocją prozdrowotnych wyborów konsumentów (Dz. U. z 2020 r. poz. 1492).

Fundusz Zdrowia. Zgodnie z art. 9³ ust. 4 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi gmina przeznaczają je *na działania mające na celu realizację lokalnej międzysektorowej polityki przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu*. A zatem środki te, analogicznie jak środki z tzw. korkowego, mają swój jasno określony cel ustawowy i gmina nie może wydać ich na inne zadania. Każdy wydatek z małpek musi być uzasadniony w kontekście przeciwdziałania szkodom czy negatywnym zjawiskom powodowanym przez spożywanie alkoholu. Z celu tego jasno wynika, że dochody z małpek nie mogą być wydatkowane

na problemy powodowane innymi zjawiskami niż używanie alkoholu, czyli nie można ich wydać na zadania związane z używaniem narkotyków czy przeciwdziałaniem uzależnieniom behawioralnym, choć tematy te stanowią obecnie zawartość nowych wspólnych gminnych programów. W Rekomendacjach KCPU do realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii czytamy: **w pierwszej kolejności** *opłaty powinny być przeznaczane na zadania, o których mowa w art. 4¹ ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (czyli zadania gminnych*



programów). Dotyczy to zwłaszcza tych sytuacji, w których samorząd gminny uzyskuje dochody z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, w wysokości niewystraczającej na realizację wszystkich zadań wskazanych w ustawie oraz w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025. **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**. Gmina nie ma pełnej swobody w dysponowaniu tymi

środkami i nie może ich przeznaczyć na inne zadania własne, typu budowa boiska sportowego, placu zabaw, dofinansowanie domu kultury czy organizację lokalnej imprezy z okazji np. Dnia Dziecka. Te zadania są na pewno wartościowe i potrzebne, jednak nie stanowią zadań z zakresu przeciwdziałania negatywnym skutkom spożywania alkoholu i nie powinny być finansowane z tych opłat.

Więcej o wydatkowaniu pieniędzy z małpek można dowiedzieć się z wypowiedzi Katarzyny Łukowskiej, zastępcy dyrektora KCPU, opublikowanej na stronie www.strategiejst.pl w zakładce „wypowiedzi ekspertów”.



Alkohol i nasze dzieci. Jakie działania profilaktyczne są nieskuteczne?

Alkohol jest najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną wśród młodzieży w porównaniu z papierosami i narkotykami. Alkohol spożywa 80% młodzieży w wieku 15, 16 lat i blisko 93% młodzieży 17-, 18-letniej. W czasie ostatnich 30 dni przed cytowanym badaniem alkohol piło ponad 42% 15-, 16-latków oraz ponad 76% 17-, 18-latków.

Picie alkoholu w młodym wieku zakłóca prawidłowy rozwój mózgu, a wczesne

sięganie po alkohol wiąże się z większym ryzykiem uzależnienia w dorosłości. Poza tym picie alkoholu przez nastolatków łączy się z innymi zachowaniami ryzykownymi, takim jak palenie papierosów i e-papierosów, używanie narkotyków, popełnianie wykroczeń i przestępstw oraz przedwczesne kontakty seksualne – wy-

mienia Katarzyna Łukowska, zastępca dyrektora KCPU.

Jednym z zadań gmin, w ramach gminnego programu profilaktyki



i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, jest prowadzenie profilaktyki zaadresowanej do dzieci i do młodzieży. Gminy wydają średnio na tego rodzaju profilaktykę ponad 40% swoich budżetów z tzw. korkowego, które powinny być przeznaczone na profilaktykę i rozwiązywanie problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii. Niestety, duża część gmin wybiera działania nieskuteczne. Samorządy dostają mnóstwo ofert profilaktycznych, które nie uwzględniają współczesnej wiedzy o profilaktyce i często opierają się wyłącznie na przekazywaniu informacji. Niejednokrotnie projekty te są realizowane przez przypadkowe osoby, które nie mają przygotowania do pracy z młodzieżą. Panuje przekonanie, w tym również wśród nauczycieli, że zagospodarowanie młodym ludziom wolnego czasu, zorganizowanie imprezy plenerowej czy spotkania z trzeźwymi alkoholikami lub byłymi hazardzistami to skuteczna profilaktyka zaadresowana do dzieci i młodzieży. Samo posiadanie wiedzy na temat skutków używania substancji psychoaktywnych nie jest wystarczającym czynnikiem chroniącym. Programy informacyjne powodują zmianę poziomu wiedzy, ale nie wpływają na zachowanie. Podobnie jest w przypadku spektakli

profilaktycznych – choć mogą się podobać uczniom, nie spełniają kryteriów skutecznej profilaktyki.

Z raportu Najwyższej Izby Kontroli

Organy administracji samorządowej odpowiedzialne za profilaktykę uzależnień od alkoholu i narkotyków nie wykonywały rzetelnie zadań na rzecz poprawy jakości oddziaływań zmieniających zachowania oraz postawy, zwłaszcza dzieci i młodzieży, wobec substancji psychoaktywnych. Ze swoich zadań w tym zakresie nie wywiązywały się należycie skontrolowane samorządy gmin, mające największy wpływ na kształtowanie strategii działań profilaktycznych w środowisku lokalnym, w tym wśród dzieci i młodzieży. Lokalne samorządy nie wywiązały się rzetelnie z obowiązku wdrażania, upowszechniania i poszerzania oferty programów profilaktycznych o naukowych podstawach oraz o potwierdzonej skuteczności, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego. W działaniach podejmowanych przez gminy oraz szkoły, zamiast systematycznie prowadzonych zajęć dla sprofilowanych grup docelowych, dominowały festyny i imprezy plenerowe.

Informacja o wynikach kontroli. Profilaktyka uzależnień od alkoholu i narkotyków LPO.430.004.2019. Nr ewid. 150/2019/P/19/094/LPO

Celem profilaktyki jest ograniczenie używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych i szkód z tym związanych, dlatego wybierając dany program czy działanie, trzeba sprawdzić, czy są one skuteczne – podkreśla Katarzyna Łukowska, zastępca dyrektora KCPU.

Profilaktyka jest obecnie obszerną dziedziną nauki i badań, a dzięki temu wiemy, jakie działania są skuteczne, a jakie nie przynoszą efektów i mogą być nawet szkodliwe.



Sylwester Lewandowski, Przewodniczący Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Grudziądzu

W naszym samorządzie zaczęliśmy od inwentaryzacji zasobów, czyli sprawdziliśmy, ilu mamy przeszkolonych już nauczycieli i w zakresie jakich programów rekomendowanych. Potem

zorganizowaliśmy konferencję, podczas której przedstawiliśmy System rekomendacji programów profilaktycznych i poszczególne programy. To ważne, żeby gmina nie narzucała szkołom, jakie programy mają realizować, ale żeby była to decyzja nauczycieli i dyrektorów.

Gminy i szkoły dostają mnóstwo tzw. ofert profilaktycznych – konkursy, teatry, pogadanki. Nie kupujemy ich tylko dlatego, że są tanie czy popularne. Te wszystkie jednorazowe akcje nie są skuteczne. Wydatki samorządów muszą być racjonalne i uzasadnione, więc inwestujemy w te działania, które są skuteczne i mają szansę ograniczyć zachowania ryzykowne dzieci i młodzieży.

KCPU, Instytut Psychiatrii i Neurologii oraz Ośrodek Rozwoju Edukacji działający przy Ministerstwie Edukacji od prawie 15 lat prowadzą **System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego.**



Profilaktyka zaadresowana do dzieci i młodzieży – jaka jest skuteczna, a w jakie działania nie warto inwestować?

Realizacja programów profilaktycznych stanowi integralny element lokalnej polityki ograniczania zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży, określonej w gminnych programach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii.

Obecnie profesjonalnym programom profilaktycznym stawia się coraz wyższe wymagania – powinny one dawać gwarancję skuteczności, rzeczywiście zapobiegać zachowaniom ryzykownym i poprawiać funkcjonowanie ich odbiorców. W przypadku programów adresowanych do najmłodszych wymagania te nabierają szczególnego znaczenia z uwagi na specyfikę grupy, do której są kierowane. Dzieci i młodzież to grupa szczególnie wrażliwa ze względu na niezakończony jeszcze proces dojrzewania zarówno emocjonalnego, jak i poznawczego. Źle dobrana profilaktyka może spowodować u nich więcej szkód niż u osób dorosłych – słuszne w zamierzeniu działanie w najlepszym wypadku okaże się

nieskuteczne, w najgorszym przyniesie poważne straty.

Jakie zatem działania mają szansę powodzenia? W które warto inwestować, a które nie dają gwarancji, że przyczynią się do osiągnięcia oczekiwanych efektów?

Przegląd badań nad efektywnością działań profilaktycznych¹⁰ wskazuje kilka fundamentalnych zasad, na których powinno opierać się profesjonalne podejście do profilaktyki adresowanej do dzieci i młodzieży:

1. działania opierające się na znajomości czynników ryzyka i czynników chroniących występujących wśród adresatów programów profilaktycznych;
2. wykorzystywanie strategii, których skuteczność została potwierdzona w badaniach naukowych;
3. wczesne rozpoczynanie działań i kontynuowanie ich wobec młodzieży w ryzykownych okresach rozwojowych;
4. staranna realizacja działań.

Przyjrzyjmy się bardziej szczegółowo kilku podstawowym standardom:

10 K. Okulicz-Kozaryn, *Przegląd badań dotyczących skutecznych strategii profilaktycznych*, <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/przegląd-badan-dotyczacych-skutecznych-strategii-profilaktycznych.pdf> [dostęp: 10.07.2024].

- **Adekwatność** – działania profilaktyczne powinny być maksymalnie dostosowane do rozpoznanych potrzeb i problemów, a także do stopnia zagrożenia i możliwości rozwojowych uczniów. Programy muszą dotyczyć zagrożeń rzeczywiście występujących w danej grupie lub środowisku. Podstawą planowania działań powinna być zawsze diagnoza sytuacji oparta na aktualnych danych z badań realizowanych przez wiarygodne instytucje i ośrodki badawcze, uzupełniona

przez rozpoznanie zagrożeń występujących w środowisku lokalnym bądź w konkretnej placówce. **Decyzja o uruchomieniu działań profilaktycznych nie może bazować na intuicji, potocznej wiedzy czy doniesieniach medialnych.**

- **Działania na różnych poziomach** – większość działań profilaktycznych w grupie dzieci i młodzieży realizowana jest na poziomie uniwersalnym, a więc jest adresowana do całej populacji uczniów. Obejmują



one m.in.: **dostarczanie wiedzy i edukację normatywną, kształtowanie umiejętności życiowych (budowania pozytywnego obrazu samego siebie, rozwiązywania konfliktów i problemów, podejmowania decyzji, samokontroli, umiejętności interpersonalnych, radzenia sobie ze stresem), budowanie odporności, organizowanie alternatywnych form spędzania czasu wolnego.** Dzieci i młodzież należące do grupy zwiększonego ryzyka, charakteryzujące się większą indywidualną podatnością na podejmowanie zachowań ryzykownych, wymagają działań na poziomie profilaktyki selektywnej i wskazującej. Przeznaczone dla nich programy muszą opierać się na bardziej specjalistycznych działaniach takich, jak np. **treningi umiejętności społecznych, terapia pedagogiczna, socjoterapia czy indywidualna diagnoza przyczyn i interwencja w przypadku uczniów, u których pojawiają się wysoce ryzykowne zachowania.**

- **Szeroki wachlarz strategii** – obejmujący **strategie wiodące**, których zastosowanie przynosi pożądane zmiany (należą do nich m.in.: rozwijanie umiejętności życiowych, edukacja normatywna, podnoszenie kompetencji wychowawczych rodziców, włączanie naturalnych mentorów, budowanie więzi ze szkołą),

oraz **strategie uzupełniające**, które same w sobie nie wpływają skutecznie na zmianę zachowania, ale wzmacniają pozytywne działanie strategii wiodących (zaliczamy tu np. przekaz wiedzy, organizację czasu wolnego, trening umiejętności odstawiania).

- **Formy oddziaływań** – za najbardziej skuteczne uważa się ustrukturalizowane działania długofalowe, realizowane systematycznie, obejmujące programy składające się z cyklu od 10 do 15 godzin zajęć oraz zakładające, w optymalnej wersji, przeprowadzenie kilku zajęć uzupełniających (przypominających) w kolejnych latach.
- **Realizacja działań profilaktycznych przez uprawnione osoby** – przeszkolone i posiadające odpowiednie kompetencje, w tym wiedzę z zakresu profilaktyki zachowań ryzykownych, znajomość psychologii rozwojowej i metodyki pracy z dziećmi oraz problematyki, której dotyczy program.
- **Angażowanie rodziców** – standardem w nowoczesnym podejściu do kwestii zapobiegania zachowaniom ryzykownym dzieci i młodzieży i ochrony ich przed zagrożeniami jest włączanie rodziców do programów profilaktycznych. Liczne badania wskazują, że ich wsparcie jest ważnym czynnikiem chroniącym. **Główne sposoby pracy z rodzicami obejmują: dostarczanie**

wiedzy z zakresu rozwoju psychospołecznego dzieci oraz konsekwencji angażowania się dzieci w ryzykowne zachowania, uczenie rozpoznawania sygnałów ostrzegawczych informujących o tym, że dziecko podejmuje niebezpieczne aktywności, wzmacnianie kompetencji wychowawczych.

Gwarancję skuteczności i efektywności dają jedynie działania profilaktyczne będące przemyślanymi projektami bazującymi na solidnych podstawach teoretycznych, wykorzystujące współczesną wiedzę o czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących, mające jasno określone cele oraz, adekwatnie do nich, dobrane działania. **Przykładem programów profilaktycznych spełniających te standardy jakości są projekty zamieszczone w bazie programów rekomendowanych prowadzonej przez KCPU, ORE oraz IPiN.** Krajowa baza obejmuje m.in. programy promocji zdrowia oraz ograniczające popyt na substancje psychoaktywne, realizowane z poziomu profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej. Każdy z nich został poddany przynajmniej ewaluacji procesu, część również ewaluacji wyników, dzięki czemu wiadomo, jakich efektów można oczekiwać po realizacji tych programów. Rekomendowane projekty wyposażone są w odpowiednie materiały edukacyjne, a ich autorzy bądź instytucje odpowiedzialne za implementację zapewniają szkolenia dla realizatorów.

System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego jest nie tylko bazą programów. Jego kluczowym elementem są standardy – szczegółowe wymagania odnoszące się do jakości programu, etapów jego planowania i realizacji. Do każdego standardu opracowane zostały kryteria oceny pozwalające na określenie, w jakim stopniu dany program wypełnia poszczególne standardy stawiane programom wysokiej jakości. Standardy łącznie z kryteriami służą do dokonywania oceny jakości programów oraz pełnią rolę zaleceń użytecznych przy opracowywaniu programu. Dzięki temu stanowią z jednej strony szczegółową instrukcję dla autorów, jakie czynniki powinni uwzględnić w swoich projektach, a z drugiej – mogą być wykorzystywane jako narzędzie dla decydentów finansujących programy (np. samorządów, dyrektorów szkół) do oceny ofert, które do nich spływają.

Baza programów rekomendowanych zamieszczona jest na stronie prowadzonej przez KCPU <https://www.programyrekomendowane.pl/>.

Co nie podnosi jakości działań profilaktycznych adresowanych do dzieci i młodzieży?

- **Brak diagnozy potrzeb i problemów uczniów, nauczycieli i rodziców, poprzedzającej wdrożenie działań czy programów profilaktycznych, oraz**



podejmowanie decyzji o realizacji działań w konkretnym obszarze pod wpływem np. doniesień medialnych.

- **Realizacja programów nakierowanych wyłącznie na zapobieganie negatywnym zjawiskom dotyczącym funkcjonowania dzieci i młodzieży (tzw. walka z zagrożeniami).** We współczesnej profilaktyce dominującym podejściem jest
- tzw. profilaktyka pozytywna, która nie koncentruje się na usuwaniu samych zagrożeń, ale dąży raczej do wzmocnienia cech, umiejętności i zasobów, czyli czynników chroniących, które czynią młodych ludzi bardziej odpornymi na zagrożenia.
- **Oparcie programu tylko na tradycyjnych formach edukacji – wykładach, pogadankach czy prelekcjach.** Nie oznacza to postulatu całkowitej

rezygnacji z wprowadzania do programów dla dzieci i młodzieży strategii informacyjnych (przekazu wiedzy). Autorzy i realizatorzy powinni jednak uwzględniać warunki, które podnoszą skuteczność tych strategii. Informacje przekazywane uczniom w programach psychoedukacyjnych powinny być rzetelne i rzeczowe, aktualne, oparte na dowodach naukowych. Treści dotyczące zagrożeń nie mogą być również zbyt szczegółowe, aby nie stanowiły instruktażu nieprawidłowych zachowań.

- **Nieuwzględnianie w projektach profilaktycznych metod pracy pozwalających na uruchomienie procesu aktywnego zdobywania wiedzy i umiejętności** przez uczestników, takich jak metoda projektu, zajęcia warsztatowe, drama, zadania do wspólnej realizacji w grupie itp.
- **Krótkie akcje (konkursy, festyny, projekcje filmów, imprezy plenerowe itp.) niebędące elementem kompleksowej strategii profilaktycznej bądź jej ewentualnym uzupełnieniem.** Z badań wynika, że tego rodzaju krótkie, okolicznościowe projekty nie przynoszą spodziewanych korzyści w postaci zmian postaw i zachowań młodych ludzi. Mimo to są one chętnie organizowane przez placówki oświatowe i finansowane przez decydentów, ponieważ zapewniają

bardzo dużą grupę uczestników, są łatwe we wdrażaniu, wzbudzają emocje i przykuwają uwagę odbiorców poprzez „widowiskowy” lub rozrywkowy charakter. Współczesna psychoprofilaktyka zdecydowanie jednak odchodzi od incydentalnych akcji wprowadzanych ad hoc na rzecz długofalowych i systematycznych programów.

- **Objazdowe spektakle teatrów profilaktycznych, spotkania z osobami, które wyszły lub są w trakcie wychodzenia z uzależnienia.**
- **Prelekcje oparte na przekazie wzbudzającym lęk** oraz programy wykorzystujące obrazy, statystyki, historie w celu wzbudzania lęku przed konsekwencjami ryzykownych zachowań lub zagrożeń. Odwoływanie się do emocji może powodować reakcje obronne i odrzucanie zagrażających informacji (np. w przypadku straszenia) lub też odwrotnie – pobudzać ciekawość i zachęcać młodzież do realizacji własnych „eksperymentów”.
- **Wdrażanie programów realizowanych wyłącznie przez osoby spoza szkoły, które nie zakładają angażowania nauczycieli czy szkolnych specjalistów.**
- **Brak monitorowania procesu wdrażania** działań w szkole czy środowisku lokalnym, brak oceny ich skuteczności.

Pomoc dla dzieci w systemie placówek wsparcia dziennego

Z Joanną Graniger-Ptaszkiewicz, pedagogką, trenerką, socjoterapeutką, prezeską i założycielką Fundacji DOBROSTAN, o tym, czym jest socjoterapia, rozmawia Katarzyna Kulesza.

Socjoterapia – termin znany, ale tak naprawdę dość często osoby, które z racji wykonywanych zawodów pomagają osobom z uzależnieniami i rodzinom borykającym się z różnymi dysfunkcjami, nie do końca wiedzą, na czym polega ta metoda pracy.

Najprościej rzecz ujmując, socjoterapia jest metodą wsparcia dla dzieci i młodzieży w prawidłowym rozwoju społecznym i emocjonalnym. Zajmuje bardzo ważne miejsce w obszarze oddziaływań pedagogiczno-psychologicznych, bazujących na dialogu, pozytywnych relacjach i zasobach uczestników. Działania te mają na celu wpływanie na emocje, samoocenę, postrzeganie otaczającego świata oraz zachowania dzieci, wszystko to w ramach ustalonych celów terapeutycznych, rozwojowych i edukacyjnych.

Oddziaływania socjoterapeutyczne prowadzi się w grupie, bo tylko tak dzieci mogą nauczyć się komunikować swoje potrzeby i budować relacje oraz spełniać swoje potrzeby społeczne, których

tłumienie i niezaspokojenie może być przyczyną niepożądanych zachowań.

Socjoterapia to metoda psychologiczno-pedagogiczna, która skupia się na tworzeniu doświadczeń korygujących dla dzieci.

Kto może skorzystać z socjoterapii?

Pierwotnie ta metoda pracy była kierowana przede wszystkim do dzieci z zaburzeniami zachowania i emocjonalnymi, głównie pochodzącymi z rodzin dysfunkcyjnych, natomiast obecnie jest otwarta dla wszystkich dzieci, które doświadczają trudności m.in. z zaburzeniami zachowania, nadpobudliwością, mają kłopot z zaadaptowaniem społecznym, którym trudno jest kontrolować emocje i mają deficyty w tych obszarach.

Najlepsze rezultaty przynosi praca z całą rodziną, ponieważ zmiana w funkcjonowaniu dziecka wpływa na cały system rodzinny. Jednak aby była ona trwała, rodzice muszą mieć gotowość do współpracy, zmiany. To wymaga otwartości i zaangażowania ze strony rodziców lub opiekunów. Z moich doświadczeń wynika, że regularne sesje rodzinne, dyskusje o zasobach, trudnościach i możliwościach zmiany wzmacniają proces terapeutyczny. Rodzice uczą się, jak wspierać swoje dzieci w radzeniu sobie z trudnościami i jak lepiej się z nimi

komunikować. Niezależnie od problemów, z jakimi boryka się rodzina dziecka, ważne jest, aby wziąć pod uwagę realne potrzeby psychologiczne i społeczne dziecka.

Dlaczego pomoc socjoterapeutyczna dla dzieci i młodzieży jest tak ważna?

Celem zajęć socjoterapeutycznych jest stymulacja potencjału rozwojowego dziecka, co przekłada się także na korzyści dla całej rodziny. Zajęcia te mają na celu zapobieganie zaburzeniom emocjonalnym i zachowania, problemom zdrowotnym, a także zmniejszenie wpływu czynników ryzyka, które mogą utrzymywać niepożądane zachowania.

Dzięki pracy socjoterapeutycznej dzieci uczą się rozpoznawać i nazywać swoje

emocje, funkcjonować i skutecznie komunikować się w grupie. Mają możliwość poznania siebie, obserwowania swoich reakcji i zachowań oraz dowiadują się, jakie mechanizmy psychologiczne za tym stoją.

W pracy z adolescentami socjoterapia stanowi dla nich ważny element wsparcia na etapie przechodzenia trudnych okresów rozwojowych, oferując wsparcie w kryzysach oraz pomoc w realizacji zadań rozwojowych. Natomiast na poziomie oddziaływań terapeutycznych ta metoda ma na celu nauczanie dzieci i młodzieży, jak radzić sobie z negatywnymi przekonaniami o sobie, jak pokonywać nieśmiałość, lęk w relacjach społecznych oraz jak budować pozytywną samoocenę poprzez korygujące doświadczenia w grupie.

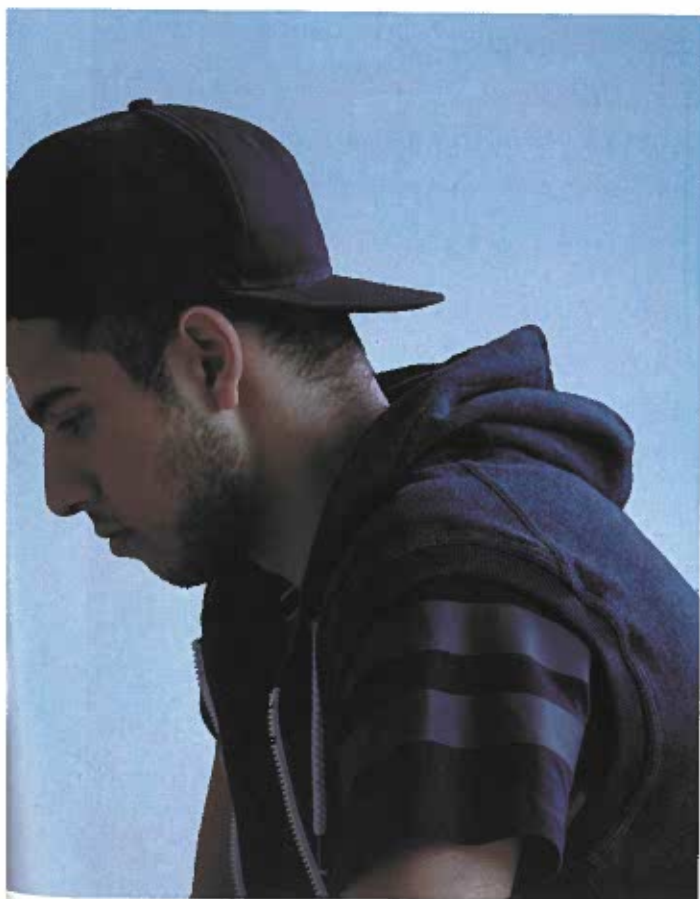


Czym różni się pomoc socjoterapeutyczna od innych form wsparcia dzieci z rodzin dysfunkcyjnych?

Świetlice i placówki pomocy dla dzieci i młodzieży mają różną ofertę i programy, czasem jest to wsparcie w dożywianiu dzieci, organizowaniu wolnego czasu, pomocy w odrabianiu lekcji i nauce. Natomiast w placówkach z programem socjoterapeutycznym pierwszym działaniem jest zawsze kwalifikacja uczestnika. Polega ona na dokładnej diagnozie sytuacji rodzinnej dziecka, jego cech indywidualnych oraz trudności, z jakimi się zmagają. W przypadku, gdy w rodzinie dziecka występują poważne problemy, takie jak uzależnienia, częste konflikty, agresja, zaburzenia psychiczne jednego

z rodziców, przewlekłe choroby, np. depresja, istotne jest, aby socjoterapeuta, korzystając z różnorodnych technik pedagogicznych i psychologicznych, zaplanował zajęcia dopasowane do potrzeb i możliwości uczestników. Praca socjoterapeutyczna odbywa się w grupie. W trakcie zajęć wykorzystuje się wiele dostępnych metod warsztatowych, które są pomocne w identyfikacji mocnych stron oraz rozwijaniu umiejętności interpersonalnych uczestników zajęć. Zajęcia te mogą obejmować gry i zabawy psychologiczne, które sprzyjają odreagowaniu napięć, warsztaty rozwijające umiejętności społeczne oraz sesje dyskusyjne, które pomagają w rozwiązywaniu konfliktów i budowaniu pozytywnych relacji. Dzieci i młodzież mają szansę nauczyć się, jak radzić sobie z trudnymi sytuacjami, reagować w kryzysach, rozwiązywać konflikty i wyrażać emocje. To czas, w którym jest miejsce na podzielenie się swoimi doświadczeniami z minionego tygodnia. Grupa staje się bezpieczną bazą dla każdego dziecka, gdzie wszyscy mogą doświadczyć wsparcia, wysłuchania, zrozumienia i szacunku.

Socjoterapia to bardzo efektywne narzędzie, wspierające rozwój dzieci i młodzieży. W kontekście szeroko pojętej opieki i edukacji dowodzi swojej wartości jako istotny element wspomagający zdrowy rozwój emocjonalny i społeczny dzieci i młodzieży.



Przeciwdziałanie przemocy domowej

Co jakiś czas opinia publiczna poruszona jest medialnymi doniesieniami o przypadkach przemocy wobec najbliższych. Często w tych doniesieniach o przemocy domowej pojawia się problem alkoholowy.

Zgodnie z polskim prawem – art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej (Dz. U. z 2024 r. poz. 424, z późn. zm.) – przemocą domową jest jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie, wykorzystujące przewagę fizyczną, psychiczną lub ekonomiczną, naruszające prawa lub dobra osobiste osoby doznającej przemocy domowej, w szczególności:

- a)** narażające tę osobę na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia lub mienia,
- b)** naruszające jej godność, nietykalność cielesną lub wolność, w tym seksualną,
- c)** powodujące szkody na jej zdrowiu fizycznym lub psychicznym, wywołujące u tej osoby cierpienie lub krzywdę,
- d)** ograniczające lub pozbawiające tę osobę dostępu do środków finansowych lub możliwości podjęcia pracy lub uzyskania samodzielności finansowej,

e) istotnie naruszające prywatność tej osoby lub wzbudzające u niej poczucie zagrożenia, poniżenia lub udręczenia, w tym podejmowane za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

Badania pokazują, że w rodzinach z problemem alkoholowym do przemocy dochodzi dwa razy częściej niż w rodzinach, w których problem ten nie występuje. Dodatkowo ze statystyk wynika, że prawie 60% interwencji z wykorzystaniem procedury „Niebieskie Karty” w sytuacji podejrzenia przemocy domowej jest podejmowanych przez policjantów, gdy osoba stosująca przemoc jest w stanie nietrzeźwości. To oznacza, że spożywanie alkoholu i nietrzeźwość jest poważnym czynnikiem ryzyka przemocy domowej.

Zgodnie z art. 4¹ ust. 1 pkt 2 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą domową, jest jednym z zadań własnych gminy. Zadanie to wpisane do gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii staje się elementem strategii

rozwiązywania problemów społecznych w danej społeczności lokalnej. I chociaż obecnie w Polsce nie ma już ani jednej gminy, która podawałaby w wątpliwość konieczność zajęcia się problematyką przemocy domowej, to działania podejmowane w tym zakresie przez samorządy nie są wystarczające.

Analiza sprawozdań składanych co-rocennie przez gminy (tzw. ankieta KCPU G1) pokazuje, że zagadnienia dotyczące zagadnień związanych z przeciwdziałaniem przemocy domowej od wielu

lat stanowią niewielką część działań prowadzonych w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Niezmiennie też w skali całego kraju gminy przeznaczają na przeciwdziałanie przemocy domowej niespełna 6% dochodów pochodzących z opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych.

Tymczasem, aby mówić o skutecznym przeciwdziałaniu przemocy domowej, **potrzebna jest stabilna oferta pomocy** dla członków rodzin



z problemem przemocy domowej. Chodzi tu zarówno o **placówki tzw. pierwszego kontaktu, jak i miejsca, które oferują kompleksową pomoc**. Do pierwszej grupy z pewnością zaliczyć można punkty informacyjno-konsultacyjne, które zapewniają wsparcie, podstawowe informacje o możliwościach uzyskania pomocy, a także wskazują, gdzie najbliższej miejsca zamieszkania klienta można uzyskać specjalistyczną pomoc: prawną, psychologiczną, socjalną, terapeutyczną, medyczną, w tym psychiatryczną. Pracownicy tych punktów odgrywają ogromną rolę w procesie motywowania klientów do podjęcia – czasem długoterminowej – pracy psychologicznej na rzecz zatrzymania przemocy i trwałej zmiany sytuacji domowej. Niezbędne jest, aby w punktach informacyjno-konsultacyjnych dostępne dla klientów były **ulotki, informatory i inne materiały**, z których będą mogli czerpać wiedzę na temat różnych aspektów ochrony przed przemocą domową. Kadra tych placówek musi być przeszkolona w zakresie rozpoznawania przemocy domowej, jak i kontaktu (prowadzenia rozmów) z klientem.

Placówki, które gwarantują kompleksową pomoc członkom rodzin z problemem przemocy, zwykle funkcjonują na podstawie przepisów ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej (są to np. specjalistyczne ośrodki wsparcia

dla osób doświadczających przemocy domowej czy ośrodki interwencji kryzysowej). Trzeba jednak pamiętać, że ich liczba, a tym samym dostępność, jest ograniczona. Warto więc zadbać w gminach o upowszechnianie informacji dotyczących problematyki przemocy domowej i możliwości uzyskania pomocy.

Z badań przeprowadzonych na zlecenie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej wynika, że 17% osób doświadczających przemocy domowej uważa, że udzielona im pomoc przez służby i instytucje jest niesatysfakcjonująca. W związku z powyższym samorządy powinny zadbać o **odpowiednie kompetencje przedstawicieli instytucji działających w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej**. Rekomenduje się więc organizowanie i finansowanie szkoleń, konferencji, warsztatów, treningów itp. Zakres tematyczny szkoleń dla osób pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej powinien dotyczyć przede wszystkim specyfiki funkcjonowania rodzin z problemem alkoholowym i przemocy, konsekwencji doświadczania przemocy, diagnozowania problemów związanych z przemocą domową, obowiązujących procedur prawnych i interwencyjnych służących zatrzymaniu przemocy, w tym procedury „Niebieskie Karty”, itp. Pożądane jest, aby osoby pracujące w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej posiadały

certyfi kat specjalisty lub konsultanta w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej, który można uzyskać w ramach Programu potwierdzania kwalifikacji osób pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej, w tym w szczególności rodzin z problemem uzależnień (więcej informacji nt. Programu na stronie internetowej www.kcpu.gov.pl).

Ustawodawca w ustawie o przeciwdziałaniu przemocy domowej wskazał, że **dzieci, które są świadkami przemocy, są także jej ofiarami**. Dlatego też nie można pominąć działań podnoszących kompetencje osób pracujących w obszarze wsparcia psychologicznego dla dzieci doświadczających przemocy domowej, w szczególności w rodzinach z problemem alkoholowym, a także gwarantujących szybki dostęp do profesjonalnej pomocy.

Mówiąc o przeciwdziałaniu przemocy domowej, **nie możemy zapominać o profilaktyce przemocy domowej**. Oddziaływania profilaktyczne (szkolenia, warsztaty, treningi itp.) adresowane do rodziców i opiekunów sprzyjają nabywaniu umiejętności wychowawczych i rodzicielskich. Pozwalają na rozwijanie pozytywnych relacji rodzinnych i wskazują alternatywne do przemocy metody wychowawcze. Uzupełnieniem tych działań powinny być szerokie akcje informacyjno-educacyjne obejmujące problematykę

przeciwdziałania przemocy domowej, w tym przemocy wobec dzieci. Dzięki temu mamy szansę na to, że nowe pokolenia będą wychowywane bez przemocy, a tym samym będziemy dążyć do ograniczania negatywnych, opartych na przemocy, wzorców wychowywania dzieci.

W przeciwdziałaniu przemocy domowej ważne jest, aby pomocą objęci byli wszyscy członkowie rodziny, w której dochodzi do przemocy – zarówno osoby doświadczające przemocy, jak i ci, którzy przemoc stosują. Ze względu na to, że programy oddziaływań wobec osób stosujących przemoc, finansowane ze środków Rządowego Programu Przeciwdziałania Przemocy Domowej, są prowadzone w powiatach, w celu **zwiększenia dostępności do programów korekcyjno-educacyjnych i programów psychologiczno-terapeutycznych dla osób stosujących przemoc domową** rekomenduje się ich prowadzenie i finansowanie przez gminy. W ten sposób zwiększymy szansę na to, że skorzysta z nich większa liczba osób zmotywowanych do zmiany swojego zachowania wobec swoich najbliższych.

Skutecznym działaniem na rzecz ochrony przed przemocą domową sprzyja **interdyscyplinarna współpraca** przedstawicieli służb, instytucji i organizacji pozarządowych działających w gminie. Ma ona miejsce między innymi w ramach pracy w zespole

interdyscyplinarnym oraz w grupach diagnostyczno-pomocowych, które funkcjonują na mocy ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej. Członkami zespołu i grup zgodnie z wolą ustawodawcy są także członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, których zadaniem jest w tym wypadku nie tylko wszczynanie procedury „Niebieskie Karty” w sytuacji, gdy podejrzewają przemoc domową, ale także koncentrowanie się na problemach wynikających z używania alkoholu przez członków rodzin, w których dochodzi do przemocy.

Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”
(działa na zlecenie KCPU):

- udziela porad i wsparcia osobom doświadczającym przemocy domowej;
- pomaga znaleźć rozwiązania prawne do zastosowania w konkretnej sprawie związanej przemocą domową;
- informuje o miejscach pomocy;
- udziela informacji świadkom przemocy;
- podejmuje interwencję poprzez bezpośredni kontakt z instytucjami działającymi w gminie lub powiecie;

- pomaga profesjonalistom w sytuacji, gdy ich działania są niewystarczające.

W ofercie Pogotowia „Niebieska Linia” są m.in.:

- całodobowy, bezpłatny telefon dla ofiar przemocy w rodzinie 800 120 002; w poniedziałki w godz. 18.00–22.00 konsultacje w jęz. angielskim, we wtorki w godz. 18.00–22.00 w jęz. rosyjskim;
- telefoniczna poradnia prawna – w poniedziałki i wtorki w godz. 17.00–21.00 (tel. 22 666 28 50) oraz w środy w godz. 18.00–22.00 (tel. 800 120 002);
- konsultacje dla osób pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie – w środy w godz. 13.00–15.00 (tel. 22 250 63 12);
- poradnia SKYPE – także dla osób posługujących się jęz. migowym – w poniedziałki w godz. 13.00–15.00 (pogotowie.niebieska.linia);
- poradnia e-mailowa: niebieskalinia@niebieskalinia.info;
- interwencje w sytuacji zagrożenia życia lub/i zdrowia;
- strona internetowa: www.niebieskalinia.info.

Procedura „Niebieskie Karty” – na czym polega i jakie służby z terenu gminy ją realizują

Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy domowej wraz z przepisami wykonawczymi ukształtowała system przeciwdziałania przemocy domowej w Polsce. W ramach systemu zadania realizowane są przez organy administracji rządowej

i jednostki samorządu terytorialnego, w tym przede wszystkim przez gminy.

Do zadań własnych gminy należy w szczególności tworzenie gminnego systemu przeciwdziałania przemocy domowej.



Gmina podejmuje działania na rzecz przeciwdziałania przemocy domowej przede wszystkim w ramach pracy w zespole interdyscyplinarnym, a także poprzez stworzenie warunków do prowadzenia procedury „Niebieskie Karty” przez grupy diagnostyczno-pomocowe, powoływane przez zespół interdyscyplinarny.

Obsługę organizacyjno-techniczną i finansową zespołu interdyscyplinarnego zapewnia ośrodek pomocy społecznej, a w przypadku przekształcenia ośrodka pomocy społecznej – centrum usług społecznych.

Podstawą prawną procedury „Niebieskie Karty” są art. 9d–9h ww. ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej, a także przepisy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 września 2023 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” (Dz. U. z 2023 r. poz. 1870).

Celem nadrzędnym ww. procedury jest zapewnienie bezpieczeństwa osobom doznającym przemocy domowej, a następnie doprowadzenie do ustania samej przemocy.

Procedura „Niebieskie Karty” obejmuje ogół czynności podejmowanych w środowisku i realizowanych zgodnie z zasadą współpracy przez pracowników socjalnych, asystentów rodziny, policjantów, przedstawicieli Żandarmerii Wojskowej, nauczycieli,

psychologów, pedagogów, terapeutów, lekarzy, pielęgniarki, ratowników medycznych, członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w związku z uzasadnionym podejrzeniem stosowania przemocy domowej.

Podejmowanie czynności interwencyjnych w środowisku, w tym wszczęcie procedury, nie wymaga zgody osoby doznającej przemocy domowej ani osoby stosującej przemoc domową.

Wszczęcie procedury „Niebieskie Karty” następuje przez wypełnienie formularza „Niebieska Karta – A” w obecności osoby doznającej przemocy domowej w przypadku powzięcia, w toku



prowadzonych czynności służbowych lub zawodowych, podejrzenia stosowania przemocy wobec osób doznających przemocy domowej lub w wyniku zgłoszenia dokonanego przez świadka przemocy domowej.

Procedura „Niebieskie Karty” może być wszczynana przez:

- pracownika socjalnego jednostki organizacyjnej pomocy społecznej,
- asystenta rodziny,
- policjanta,
- przedstawiciela Żandarmerii Wojskowej,
- nauczyciela wychowawcę lub nauczyciela znającego sytuację małoletniego,

- psychologa, pedagoga, terapeutę – jeżeli współpracuje z organizacją pozarządową, pomocą społeczną, oświatą, ochroną zdrowia, policją, gminną komisją rozwiązywania problemów alkoholowych,
- lekarza, pielęgniarkę, ratownika medycznego, przedstawiciela innego zawodu medycznego,
- członka gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.

Osoba wszczynająca procedurę podejmuje działania interwencyjne mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa osobie doznającej przemocy domowej oraz dokonuje wstępnej diagnozy sytuacji w związku z zaistnieniem



uzasadnionego podejrzenia stosowania przemocy i przeprowadza rozmowę z osobą doznającą przemocy domowej, a także, w miarę możliwości, z osobą stosującą przemoc.

Wypełniony formularz „Niebieska Karta – A” niezwłocznie, nie później niż w terminie 5 dni roboczych od dnia wszczęcia procedury, przekazuje się do zespołu interdyscyplinarnego. Zespół interdyscyplinarny po otrzymaniu ww. formularza w ciągu 3 dni roboczych powołuje grupę diagnostyczno-pomocową, w której skład obligatoryjnie wchodzi przedstawiciel policji i pracownik socjalny.

W ciągu 5 dni roboczych od otrzymania formularza „Niebieska Karta – A” grupa diagnostyczno-pomocowa odbywa pierwsze posiedzenie, w którym biorą udział wszystkie osoby powołane w skład grupy przez zespół interdyscyplinarny.

Następnie grupa diagnostyczno-pomocowa spotyka się z osobą doznającą przemocy domowej i opracowuje indywidualny plan pomocy. Grupa diagnostyczno-pomocowa spotyka się również z osobą stosującą przemoc, zobowiązując tę osobę do podjęcia działań mających na celu zmianę jej postępowania.

Grupa diagnostyczno-pomocowa ma prawo złożyć wnioski do zespołu interdyscyplinarnego o skierowanie osoby stosującej przemoc domową do

programu korekcyjno-edukacyjnego lub psychologiczno-terapeutycznego.

Dodatkowo wobec osoby stosującej przemoc domową, stwarzającej zagrożenie dla życia lub zdrowia osoby dotkniętej tą przemocą, policjant ma prawo wydać:

- nakaz natychmiastowego opuszczenia lub/i zakaz zbliżania się do wspólnie zajmowanego mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia;
- zakaz zbliżania się lub kontaktowania z osobą dotkniętą przemocą;
- zakaz wstępu i przebywania na terenie szkoły, placówki oświatowo-wychowawczej, opiekuńczej, artystycznej, obiektu sportowego lub miejsca pracy, jeżeli osoba dotknięta przemocą w rodzinie uczęszcza do tych placówek lub w nich przebywa.

Zakończenie procedury „Niebieskie Karty” następuje w dwóch przypadkach:

- ustania przemocy domowej i uzasadnionego przypuszczenia, że zaprzestano dalszego stosowania przemocy domowej;
- rozstrzygnięcia o braku zasadności podejmowania działań.

Po zakończeniu procedury „Niebieskie Karty” prowadzi się przez okres 9 miesięcy działania monitorujące wobec osób objętych uprzednio procedurą „Niebieskie Karty”. Działania te polegają na wizytach sprawdzających stan bezpieczeństwa, poradnictwie oraz wsparciu.

Rodzaje narkotyków – dlaczego narkotyki są niebezpieczne?

Narkotyki to substancje psychoaktywne wpływające na funkcjonowanie układu nerwowego, zmiany w percepcji, nastroju i zachowaniu. Poniżej przedstawione zostały najważniejsze rodzaje narkotyków, czyli środków odurzających, substancji psychotropowych oraz nowych substancji psychoaktywnych.

1. Stymulanty (substancje pobudzające):

- Kokaina – pozyskiwana z liści krzewu koki, powoduje krótkotrwałe uczucie euforii, zwiększa energię i czujność. Może prowadzić do uzależnienia, problemów sercowo-naczyniowych oraz zaburzeń psychicznych.



- Amfetaminy – substancje syntetyczne, takie jak amfetamina czy metamfetamina, zwiększają poziom dopaminy w mózgu, co prowadzi do wzrostu energii i koncentracji. Długotrwałe używanie może powodować bezsenność, paranoję i uszkodzenia układu nerwowego.
- MDMA (Ecstasy) – łączy w sobie działanie stymulujące i halucynogenne. Powoduje uczucie euforii, empatii i zwiększonej wrażliwości

zmysłowej. Może prowadzić do odwodnienia, przegrzania organizmu i uszkodzeń mózgu.

- Syntetyczne katynony (mefedron i klefedron) – substancje o silnych właściwościach psychostymulujących i uzależniających. Efekty psychotropowe tych substancji są krótkotrwałe i istnieje wysokie ryzyko przedawkowania i śmierci.

2. Depresanty (uspokajające):

- Opioidy (takie jak heroina, morfina czy kodeina) – działają



przeciwbólowo i uspokajająco. Są silnie uzależniające i mogą prowadzić do przedawkowania oraz problemów z oddychaniem.

- Benzodiazepiny – leki takie jak diazepam (Valium) czy alprazolam (Xanax) stosowane w leczeniu lęku i bezsenności. Nadużywanie prowadzi do uzależnienia, problemów z pamięcią i koordynacją.

3. Halucynogeny:

- LSD – powoduje intensywne zmiany percepcji, halucynacje i zniekształcenia czasu. Może wywoływać tzw. tripy, które w zależności od dawki i stanu psychicznego użytkownika mogą być pozytywne lub negatywne.
- Psylocybina – zawarta w tzw. magicznych grzybach, jej działanie jest podobne do LSD, ale zazwyczaj jest mniej intensywne i trwa krócej.

4. Kanabinoidy pochodzenia naturalnego:

- Marihuana – zawiera kanabionoid THC, który powoduje uczucie relaksu, euforii i zmienionej percepcji. Długotrwałe używanie może wpływać na funkcje poznawcze, pamięć i zdrowie psychiczne.
- Haszysz – skoncentrowana forma żywicy z konopi, zawiera wyższe stężenie THC niż marihuana.

5. Dysocjanty:

- Ketamina – używana w medycynie jako środek znieczulający.

W dawkach rekreacyjnych powoduje uczucie oddzielenia od ciała i otoczenia.

- PCP – powoduje silne halucynacje, dezorientację i uczucie oddzielenia od rzeczywistości. Może prowadzić do agresji i nieprzewidywalnych zachowań.

6. Inhalanty:

- Substancje takie jak kleje, rozpuszczalniki czy aerozole wdychane dla efektu odurzającego. Są bardzo niebezpieczne, mogą powodować uszkodzenia mózgu, serca i innych narządów.

Kontrola substancji psychoaktywnych

Podstawowym aktem prawnym dotyczącym narkotyków w Polsce jest ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii. Ustawa definiuje m.in. przepisy karne i alternatywy dla kary pozbawienia wolności. Przepisy karne określają działalność nielegalną w kontekście środków odurzających oraz substancji psychotropowych (oba rodzaje są potocznie nazywane narkotykami) oraz nowych substancji psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) oraz katalog sankcji karnych. Zgodnie z przepisami karnymi wytwarzanie, przywóz, wywóz, wprowadzanie do obrotu, udzielanie innej osobie oraz posiadanie środków odurzających i substancji psychotropowych

jest przestępstwem. Generalnie dla każdego z wymienionych powyżej przestępstw wyodrębniono 3 rodzaje sankcji karnych: uprzywilejowane, podstawowe i kwalifikowane (w zależności od wagi szkody społecznej). Przewidziane sankcje karne zależą od rodzaju przestępstwa. Sankcje karne wahają się od grzywny do 10 lat pozbawienia wolności za posiadanie, do kary pozbawienia wolności nie krótszej niż 3 lata za wytwarzanie, do 5 lat pozbawienia wolności za import/eksport, oraz od grzywny i 6 miesięcy pozbawienia wolności do 12 lat pozbawienia wolności za wprowadzenie do obrotu środków odurzających i substancji psychotropowych. Używanie środków odurzających i substancji psychotropowych nie jest przestępstwem w polskim systemie prawnym. Choć każde posiadanie narkotyków jest uznawane za przestępstwo, ustawa narkotykowa daje prokuratorowi lub sędziemu możliwość umorzenia postępowania przed wydaniem postanowienia o wszczęciu śledztwa, w przypadku posiadania niewielkich ilości środków odurzających i substancji psychoaktywnych na własny użytek, na podstawie artykułu 62a ww. ustawy. Korzystanie z tego artykułu nie jest obowiązkowe.

Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii stwarza także podstawę prawną do kontroli nowych substancji

psychoaktywnych, potocznie nazywanych „dopalaczami”. Wytwarzanie, posiadanie i wprowadzanie do obrotu nowych substancji psychoaktywnych podlega sankcjom karnym. Dodatkowo ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii określa alternatywy dla kary pozbawienia wolności dla osób uzależnionych od narkotyków. 20 lipca 2018 r. Sejm przyjął ustawę o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Od tego czasu nowe substancje psychoaktywne (tzw. dopalacze) podlegają przepisom karnym określonym w ustawie. Rozszerzenie odpowiedzialności karnej na nowe substancje psychoaktywne to istotna zmiana, gdyż do tego czasu posiadanie lub sprzedaż takich substancji nie było karane. Zgodnie z przepisami znowelizowanej ustawy wprowadzono nowy sposób uregulowania wykazu substancji psychotropowych i środków odurzających. Wcześniej aktualizacja wykazu substancji kontrolowanych wiązała się z koniecznością zmiany załączników do ustawy. Obecnie wykazy, które były załącznikami do ustawy, zostały zastąpione wykazem substancji psychotropowych, środków odurzających i nowych substancji psychoaktywnych, ogłaszanym w drodze rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia.

Inwestujmy w ludzi – to od nich zależy jakość pomocy!

Dyplom ukończenia wyższej uczelni nie gwarantuje posiadania wystarczających kwalifikacji. Wykonywanie pracy na określonym stanowisku wymaga aktualizacji wiedzy, ponieważ pojawiają się nowe metody pracy, przepisy prawa się zmieniają, a prowadzone badania wyznaczają nowe kierunki działań i pomocy. Potrzeba podnoszenia kwalifikacji jest nawet wprost zapisana w Narodowym Programie Zdrowa na lata 2021–2025. W celu operacyjnym Profilaktyka Uzależnień znajduje się zadanie „Edukacja kadr (w tym szkolenia) uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki uzależnień”.

Jakość pracy i pomocy zależy od kompetencji ludzi, dlatego **w każdym gminnym programie powinny znaleźć**

się działania podnoszące kwalifikacje zarówno realizatorów gminnego programu, jak i przedstawicieli poszczególnych instytucji, którzy w swojej pracy spotykają się z problematyką uzależnień.

W ramach diagnozy potrzeb szkoleniowych warto postawić sobie takie pytania:

- Czy dyrektorzy szkół i nauczyciele rozumieją, na czym polega skuteczna profilaktyka, i potrafią wybrać dobry program zamiast pogadanek i prelekcji?
- Czy wychowawcy w świetlicach socjoterapeutycznych mają za sobą odpowiednie kursy i szkolenia przygotowujące do pracy z dzieckiem i rodziną?
- Czy pracownicy socjalni rozumieją specyfikę uzależnienia i wpływu na funkcjonowanie rodziny, w tym dzieci?



Czy wiedzą, jak motywować kobiety w ciąży, znajdujące się pod ich opieką, do zachowania abstynencji?

- Czy członkowie grup diagnostyczno-pomocowych są przygotowani do kontaktu z osobami doświadczającymi przemocy i stosującymi przemoc?
- Czy nauczyciele potrafią podejmować interwencje na bazie procedury „Niebieskie Karty” w przypadku podejrzenia stosowania przemocy domowej wobec dziecka?
- Czy księża z naszych parafii rozumieją specyfikę uzależnienia i przemocy w rodzinie? Czy poza wsparciem duchowym wiedzą, do jakich placówek pomocowych skierować osoby doświadczające tego rodzaju problemów?

*Możemy napisać bardzo dobry gminny program, ale to, jak on będzie realizowany, zależy od ludzi, ich kompetencji i zaangażowania – podkreśla Katarzyna Łukowska, zastępca dyrektora KCPU. – Jeśli socjoterapeuta nie uwzględni w pracy z dzieckiem jego wczesnodziecięcych traum rozwojowych, bo nie będzie posiadał wiedzy na ten temat, to jego praca może nie przynosić efektów lub może nawet szkodzić dziecku. Podobnie jeśli dyrektor szkoły, zamiast realizować profesjonalne programy profilaktyczne, ograniczy profilaktykę do pogadanek z trzeźwymi alkoholikami, to nie zmniejszy się zjawisko sięgania po alkohol w grupie dzieci i nastolatków. I pamiętajmy, że **cena nie może stanowić jedyne kryterium wyboru danego wykładowcy czy podmiotu. Należy***

sprawdzać przygotowanie merytoryczne osób prowadzących zajęcia, dotychczasowe doświadczenie dydaktyczne i prosić o rekomendacje.

Ważną formą podnoszenia kwalifikacji są superwizje. Powinny one być dostępne dla terapeutów uzależnień pracujących w placówkach, wychowawców świetlic socjoterapeutycznych czy członków grup diagnostyczno-pomocowych.

Oto przykładowa lista przedstawicieli różnych zawodów, którzy w swojej pracy mogą spotykać się z tematem uzależnień lub zagrożeń uzależnieniami i dla których, w ramach gminnych programów, należy organizować różne formy podnoszenia kwalifikacji (wykłady, warsztaty, konferencje, narady, szkolenia):

- dyrektorzy, nauczyciele i pedagodzy w szkołach oraz innych placówkach oświatowych;
- policjanci;
- pracownicy socjalni i asystenci rodzinni;
- członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych;
- rodziny adopcyjne i zastępcze;
- personel placówek leczenia uzależnień;
- lekarze, pielęgniarki, położne;
- kuratorzy sądowi;
- sprzedawcy napojów alkoholowych;
- straż gminna;
- księża i inne osoby duchowne;
- radni.

Zadanie współfinansowane ze środków
Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych
na zlecenie
Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

© Copyright by Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom,
Warszawa 2024

Zdjęcie na okładce: Piotr Bilski

Wydanie I

Wydawca:

Studio Profilaktyki Społecznej Adam Rynkiewicz

aleja 29 Listopada 39A, 31-425 Kraków

www.sps.org.pl

ISBN 978-83-964305-7-1



9 788396 430571