

EWA WŁODARCZYK

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Osoby uzależnione od alkoholu w polskim systemie (?) wsparcia społecznego

ABSTRACT: Nowadays the estimated alcohol consumption in Poland, by people from different social strata, with different backgrounds and ages, reached so huge proportions that it's already a social problem. Therefore the look at the organization of alcohol treatment system in Poland (in the past and today) is very valuable.

KEY WORDS: alcohol dependence, alcohol dependence treatment

Alkohol i jego (niepokojąca) obecność w życiu społecznym

Mówi się, że alkohol towarzyszy człowiekowi od zarania dziejów. Był spożywany w różnych celach, pełniąc przy tym różne funkcje: fizjologiczne (odżywcze, trawienne, energetyczne, pobudzenie krążenia itp.), lecznicze (wykorzystywanie go jako lekarstwa, np. dla redukcji bólu), magiczne, religijne, psychologiczne (spożywanie go w celu pokonywania nieśmiałości, w łagodzenia stresu, obniżenia poziomu lęku i napięć, podnoszenia poziomu swobody ekspresji), społeczne (alkohol używany w życiu towarzyskim, pomocny w nawiązywaniu kontaktów, integracji, wyrażający zaufanie i zawieranie sojuszu, zaspokajający potrzeby afiliacji i wzmacniania więzi grupowych), ekonomiczne (związki z kwestią produkcji, handlu, dystrybucji alkoholu i czerpanych stąd zysków) oraz polityczne (powiązane z uprawnieniami władz państwowych w zakresie kierowania produkcją i dystrybucją alkoholu)¹. Ta wielość pełnionych funkcji, o których tu mowa, sprawiła, że spożywanie alkoholu, pomimo szkodliwych następstw jego używania i nadużywania, utrzymuje się przez wieki, począwszy – jak twierdzą archeolodzy – od okresu palolitu². Badania antropologiczne wykazują, że alkohol był spożywany już w społeczeństwach pierwotnych³, dowodząc, że nawet w społeczeń-

¹ Za: I. Wald, *Wstęp*, w: I. Wald (red.), *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1986, s. 8; A. Bielewicz, J. Moskaiewicz, *Historia społeczno-kulturowa alkoholu*, w: I. Wald (red.), *Alkohol oraz związane...*, op. cit., s. 11-12.

² Za: A. Bielewicz, J. Moskaiewicz, *Historia społeczno-kulturowa...*, op. cit., s. 11.

³ Za: I. Niewiadomska, M. Sikorska-Głodowicz, *Alkohol*, Wydawnictwo Archidiecezji Lubelskiej „Gaudium”, Lublin 2004, s. 27.

stwach przedsięwzięciach ludzie byli świadomi korzystnych i negatywnych skutków picia alkoholu. Podobnych potwierdzeń można doszukać się w starożytnych tekstach perskich, egipskich, babilońskich, greckich, chińskich czy biblijnych⁴. Także ziemie polskie nie były wolne od problemów alkoholowych ich mieszkańców wraz z pociągającymi je konsekwencjami, począwszy od średniowiecza, gdy prym wiodły miód i słabo sfermentowane 2-3%-owe piwo⁵, poprzez wiek XVI, który przyniósł początki nadużywania alkoholu⁶, następnie upowszechnianie napojów spirytusowych na terenie Europy na przełomie XVII i XVIII⁷ (gdzie dostrzegano już jakie problemy rodził alkohol, co znajdowało wyraz w opisach opilstwa i normach prawnych zmierzających do ograniczenia dostępności alkoholu, zwłaszcza adresowanych do konkretnych grup społecznych, których trzeźwość była szczególnie istotna dla społeczeństwa, np. do duchowieństwa, sędziów czy żołnierzy⁸) aż po ostatnie 400 lat w historii Polski stanowiące okres zwiększonej dynamiki w zakresie ilości i stężenia spożywanego alkoholu⁹, a co za tym idzie – wzrostu rozmiarów problemów będących tego efektem.

Obecnie szacowane spożycie alkoholu w Polsce, przez osoby z różnych warstw społecznych, o różnym wykształceniu, w różnym wieku, począwszy nawet od dzieci, osiągnęło takie rozmiary, że być może właściwym byłoby stwierdzenie, że stało się epidemią społeczną. Wyniki zrealizowanych w Polsce w latach 2010-2011 badań w ramach projektu „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP Polska”, pozwalają szacować liczbę osób nadużywających alkoholu na ponad 3 miliony, w tym uzależnionych od alkoholu na ponad 600 tysięcy¹⁰. Sumując, problemy alkoholowe dotyczą zatem sporej liczby Polaków, nie licząc osób w ich otoczeniu, których dotyczą konsekwencje ich działań. Nie można jednak

⁴ Szerzej o tym przeczytać można w tekście autorstwa A. Bielewicza i J. Moskalewicza pt. *Historia społeczno-kulturowa...*, op. cit., s. 11-18.

⁵ A. Bielewicz, J. Moskalewicz, *Historia społeczno-kulturowa...*, op. cit., s. 18-19, 20; K. Bockenheimer, *Przy polskim stole*, Wydawnictwo Dolnośląskie, Wrocław 1998, s. 173.

⁶ Z. Kuchowicz, *Człowiek polskiego baroku*, Wydawnictwo Łódzkie, Łódź 1992, s. 44, 47-49; M. Dampz, *Alkohol i biesiadowanie w obyczajowości Polaków*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2005, s. 14-16.

⁷ Produkcja i sprzedaż alkoholu zawsze przynosiły duże zyski, dlatego już władcy feudalni dążyli do pełnej kontroli jego wyrobu i zbytu. Później żywo zainteresowane tym monopolem (prawem propinacji) było duchowieństwo, stan rycerski i właściciele ziemscy. Za: I. Niewiadomska, M. Sikorska-Głodowicz, *Alkohol*, op. cit., s. 33-34.

⁸ A. Bielewicz, J. Moskalewicz, *Historia społeczno-kulturowa...*, op. cit., s. 22.

⁹ Jak się okazuje także niektórzy polscy władcy – „aktorzy dziejów wielokrotnie wychodzili na scenę pijani”. Takim stwierdzeniem J. Besala otwiera swój artykuł pt. „Nieborak pił i upił się był. Nałogi polskich władców” opublikowany w: „Pomocnik historyczny” – „Polityka” nr 8 (2642), z dnia 23 lutego 2008 roku. W artykule tym przedstawił sylwetki niektórych postaci historycznych, których decyzje zaważyły na losach Polski, a którzy okazali się uzależnieni od alkoholu.

¹⁰ J. Moskalewicz, A. Kiejna, Wojtyniak B. (red.), *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012, s. 255.

zapominać, że w zestawieniach statystycznych zwykle nie uwzględnia się czynników, które mogą spowodować, że autentyczna konsumpcja alkoholu jest niższa lub wyższa od rejestrowanej.

W historię Polski wpisują się nie tylko fakty związane ze spożywaniem alkoholu i jego konsekwencje, ale także ówczesne, mniej lub bardziej zdecydowane i efektywne, społeczne reakcje i interwencje wobec omawianego zjawiska. Z fragmentarycznych danych można stworzyć ich obraz na przestrzeni wieków, bliżej natomiast warto przyjrzeć się zwłaszcza działaniom podejmowanym w Polsce w XX i XXI wieku.

Polskie leczenie uzależnień – dawniej

Historia leczenia odwykowego w Polsce sięga początku XIX wieku¹¹. Pierwsze na ziemiach polskich zakłady leczenia alkoholików powstały w zaborze pruskim (1905 rok w Gościejowicach koło Rogoźna)¹². W 1907 roku w Poznaniu, z inicjatywy Pawła Gantkowskiego, powstała pierwsza poradnia tego typu na ziemiach polskich¹³.

W 1920 roku uchwalona została Ustawa z dnia 23 kwietnia 1920 roku o ograniczeniach w sprzedaży napojów alkoholowych (Dz. U. 1920 Nr 37, poz. 210), znolizowana w styczniu 1922 roku. Zawarte w niej zapisy były dość restrykcyjne, poddyktowane dążeniem do obniżenia spożycia alkoholu w reorganizującym się państwie polskim.

Jedenaście lat później uchwalono kolejną ustawę – Ustawę z dnia 21 marca 1931 roku o ograniczeniach w sprzedaży, podawaniu i spożyciu napojów alkoholowych (Dz. U. 1931 Nr 51, poz. 423), w której zatwierdzono rezygnację z pewnych regulacji ujętych we wcześniej obowiązującej ustawie z 1920 roku, wprowadzając pewne wyjątki w stosunku do uregulowań z 1920 roku. Jeszcze silniej przepisy łagodziło Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 października 1934 roku w sprawie zmiany przepisów o monopolu spirytusowym i o sprzedaży napojów alkoholowych (Dz. U. 1934 Nr 96, poz. 863).

W okresie okupacji hitlerowskiej nie odnotowano przykładów wprowadzania przez władze podziemne ograniczeń dostępności alkoholu¹⁴, choć jednocześnie Niemcy podczas II wojny światowej chcieli uczynić z alkoholu swojego sprzymierzeńca, prowadząc politykę rozpijania podbitych narodów¹⁵.

¹¹ Takiego przeglądu prac dokonał B.T. Woronowicz; patrz: B.T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2008, rozdz. 19.

¹² Ibidem, s. 266.

¹³ Za: B.T. Woronowicz, *Kierunki rozwoju leczenia odwykowego w Polsce (dotychczasowe osiągnięcia i zadania na przyszłość)*, w: *Masz wybór. Materiały pokonferencyjne poświęcone problematyce uzależnień*, Wydawnictwo Miejskie, Poznań, s. 10.

¹⁴ Za: M. Romsicki, *Środki prawne ograniczające dostępność alkoholu w Polsce w ujęciu historycznym (II)*, „Świat Problemów” 2010, nr 3, s. 13.

¹⁵ A. Bielewicz, J. Moskalewicz, *Historia społeczno-kulturowa...*, op. cit., s. 32.

Już na terenach wyzwolonych Polski Komitet Wyzwolenia Narodowego wydał w grudniu 1944 roku Dekret o zwalczaniu potajemnego gorzelnictwa (Dz. U. 1944 Nr 15, poz. 85) – „surowość kar i penalizacja ukrywania wiadomości o nielegalnym gorzelnictwie wskazują pośrednio na powszechność procederu, jak również na to, że ówczesnej władzy zależało na jego szybkim ukróceniu”¹⁶ – ocenił M. Romsicki.

W okresie powojennym wyróżnić można pewne okresy zainteresowania rządu polskiego problematyką związaną z alkoholem i negatywnymi społecznymi skutkami jego nadużywania oraz odpowiadające im okresy przyzwolenia lub zaostrzenia kontroli¹⁷.

Wyraźny wzrost zainteresowania problemami alkoholowymi i ich konsekwencjami nastąpił po roku 1956 i trwał do początku lat sześćdziesiątych, kiedy to ukazały się kolejne ustawy dotyczące alkoholu: Ustawa z dnia 27 kwietnia 1956 roku o zwalczaniu alkoholizmu (Dz. U. 1956 Nr 12, poz. 62) i uzupełniająca ją Ustawa z dnia 10 grudnia 1959 roku o zwalczaniu alkoholizmu (Dz. U. 1959 Nr 69, poz. 434), wprowadzając do lecznictwa odwykowego prymat pacjenta przymusowego, traktowanego przedmiotowo¹⁸. Dopiero Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1961 roku w sprawie regulaminu zakładów lecznictwa zamkniętego dla nałogowych alkoholików (Dz. U. 1961 Nr 44, poz. 235) zapisem w art. 20 otworzyło zakłady lecznictwa zamkniętego dla nałogowych alkoholików (tak wówczas nazywane) na przyjmowanie osób poddających się leczeniu dobrowolnie, lecz tylko w przypadku dysponowania wolnymi miejscami (jednocześnie zaznaczając już w art. 1§ 4, że używane w tym rozporządzeniu określenie "pacjent" oznacza nałogowego alkoholika, co do którego orzeczono zastosowanie przymusowego leczenia w zakładzie zamkniętym). Jak ocenia to jednak M. Staniaszek: „Dla osób zgłaszających się dobrowolnie, a więc krytycznych wobec własnego stanu, posiadających niewymuszoną motywację, o mniej zaawansowanym nałogu i które na ogół nie były zdegradowane społecznie – brakowało możliwości leczenia. Często dochodziło do sytuacji, że w placówkach leczniczych przebywały osoby bez motywacji, negatywistyczne, źle rokujące leczniczo, a nie było tam osób zmotywowanych do leczenia, pragnących zmienić swoje życie i wobec których rokowanie było zdecydowanie lepsze”¹⁹.

Po roku 1964 nastąpiła liberalizacja podejścia do używania alkoholu, aż do lat 1977-1978, kiedy zaostrzono kontrolę tej dziedziny życia społecznego²⁰. W tym okresie, tj. w latach 60. i 70., wprawdzie nastąpił szybki ilościowy rozwój placówek ambulatoryjnych i stacjonarnych, tworząc rozbudowaną sieć, ale jakość świadczonych usług

¹⁶ Ibidem, s. 13.

¹⁷ I. Wald, *Wstęp...*, op. cit., s. 8.

¹⁸ Za: M. Staniaszek, *Aktualny model lecznictwa odwykowego i rola izb wytrzeźwień w Polsce*, „Alkoholizm i Narkomania” 1992, nr 10, s. 69.

¹⁹ Ibidem, s. 71.

²⁰ I. Wald, *Wstęp...*, op. cit., s. 8.

była jednak nisko oceniana, co wynikało z kadrowych i materialnych niedostatków²¹. Ponadto nadal służba zdrowia była włączona w system represji społecznej poprzez nałożenie na nią zadań związanych z egzekucją przymusu leczenia, związanej z zasadą leczenia odwykowego opierającej się w dużej mierze na przymusie zewnętrznym²².

Początki leczenia w Polsce powojennej M. Grabowska (znana jako inspiratorka do założenia pierwszej w Polsce grupy AA, a związana z Poradnią Przeciwalkoholową w Poznaniu) wspomina jako nieskuteczne: rutynowe leczenie obejmujące podawanie anticolu, środki odtruwające, wywiady środowiskowe oraz rozmowy z rodzinami chorych i samymi chorymi, szczególnie jałowe, a nawet przykre z tymi spośród nich, którzy zmuszani byli do przymusowego leczenia lub zostali doprowadzani przez milicję²³. Lecznictwo odwykowe było wtedy w powiatakach, dominował przymus i farmakoterapia²⁴. Również B. T. Woronowicz, wracając pamięcią do lat 70. (mimo, że wówczas był związany zawodowo ze znanym, prężnym – wówczas i obecnie – w dziedzinie leczenia alkoholizmu Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie), stwierdza, że przynajmniej do połowy lat 70. ubiegłego wieku leczenie alkoholików w Polsce sprowadzało się do przerywania ciągów alkoholowych, doraźnego zaradzania objawom psychozy alkoholowej i zalecenia przyjmowania anticolu, co w konsekwencji nie przynosiło żadnego trwałego efektu zmiany²⁵. Rola ówczesnych pacjentów w terapii była więc raczej bierna i wiązała się z obowiązkiem zachowania abstynencji, realizowaniem zaleceń oraz regularnym przyjmowaniem leków²⁶.

Dopiero wzbogacenie leczenia alkoholików psychoterapią, w połowie lat 70. (np. w ramach nowo utworzonego w Instytucie dziennego oddziału odwykowego, pierwszego w Polsce i w tej części Europy oddziału leczenia alkoholików, wykorzystującego psychoterapię jako metodę leczenia²⁷), zaczęło przynosić pewne efekty²⁸. „Działania w kierunku zmiany takiego stanu rzeczy podejmowano jednak głównie w miastach i większych aglomeracjach, gdzie najłatwiej było pozyskać kadre czy zreorganizować placówki. W tym okresie powstawały pierwsze ośrodki z eksperymentalnymi programami terapeutycznymi, w ramach których leczono osoby zgłaszające się dobrowolnie”²⁹.

²¹ J. Moskaiewicz, *Polityka społeczna wobec alkoholu w Polsce w latach 1944-1982*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1998, s. 71.

²² E. Miturska, K. Dąbrowska, *Lecznictwo uzależnienia od alkoholu w Polsce w latach 1982-2005*, „Alkoholizm i Narkomania” 2009, t. 22, nr 4, s. 366.

²³ M. Grabowska, *Światło nadziei*, w: W. Braniecki (red.), *Cud przemiany. Z 30-lecia ruchu Anonimowych Alkoholików w Polsce*, Media Rodzina, Poznań 2004, s. 25.

²⁴ M. Matuszewska, *Pole do zaorania*, w: W. Braniecki (red.), *Cud przemiany...*, op. cit., s. 29.

²⁵ B. Woronowicz, *Dorośle Dziecko Anonimowych Alkoholików*, w: W. Braniecki (red.), *Cud przemiany...*, op. cit., s. 136.

²⁶ E. Miturska, K. Dąbrowska, *Lecznictwo uzależnienia...*, op. cit., s. 367.

²⁷ Za: B.T. Woronowicz, *Kierunki rozwoju lecznictwa...*, op. cit., s. 12.

²⁸ B.T. Woronowicz, *Uzależnienia. Geneza...*, op. cit., zwłaszcza rozdz. 19.

²⁹ E. Miturska, K. Dąbrowska, *Lecznictwo uzależnienia...*, op. cit., s. 367.

Na przełomie lat 70. i 80. opublikowano po raz pierwszy prawdziwe dane na temat skali problemów alkoholowych w Polsce i fatalnej kondycji lecznictwa odwykowego³⁰. W lutym 1981 roku działania w zakresie problemów alkoholowych włączono do węzłowych zadań programu rządu³¹. Zarzuty rozpijania społeczeństwa formułowały w tamtym okresie nie tylko środowiska związane z „Solidarnością”, ale także działacze dotychczas ściśle kontrolowanego Społecznego Komitetu Przeciwalkoholowego³².

Wszystkie te działania, zainicjowane mniej więcej w połowie lat 70. zaowocowały uruchomieniem koordynowanego przez Instytut Psychiatrii i Neurologii rządowego programu „Zdrowotne i społeczne problemy związane z alkoholem i innymi substancjami uzależniającymi” oraz sfinalizowaniem prac nad Ustawą z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi³³, zastępując dotąd funkcjonującą Ustawę z dnia 10 grudnia 1959 roku o zwalczaniu alkoholizmu. Odtąd obowiązująca od 1982 roku ustawa (wielokrotnie nowelizowana i uzupełniania kolejnymi rozporządzeniami) zreorganizowała kształt i ofertę lecznictwa odwykowego w Polsce. Ponadto wprowadziła i umocniła przełomową zasadę dobrowolnego leczenia, jak i zmieniła nazewnictwo diagnostyczne, sposób ujmowania alkoholika, a także alkoholizmu, nadając mu znaczenie choroby, wymagającej leczenia, a stopniowo również, z biegiem lat, wywołała proces profesjonalizacji kadry lecznictwa odwykowego oraz poprawy jakości, specjalizacji, skuteczności i dostępności świadczonych usług dla coraz szerszego grona grup ich odbiorców.

Znaczącym wydarzeniem, już w III RP, było utworzenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (1993 rok), która jest państwową jednostką budżetową i podlega ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Celem jej działania jest profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych, a do jej zadań należy w szczególności: przygotowywanie projektu Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz projektu podziału środków na jego realizację; opiniowanie i przygotowywanie projektów aktów prawnych oraz planów działań w zakresie polityki dotyczącej alkoholu i problemów alkoholowych; prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej; opracowywanie ekspertyz oraz opracowywanie i wdrażanie nowych metod profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych; udzielanie merytorycznej pomocy samorządom, instytucjom, stowarzyszeniom i osobom fizycznym, realizującym zadania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, oraz zlecanie i finansowanie realizacji tych zadań; współpraca z organami samorządu województw i pełnomocnikami, o których mowa w art. 4 ust. 3; koordynacja i inicjowanie działań zwiększających skuteczność i dostępność lecznictwa odwykowego; zlecanie i finansowanie zadań związanych z rozwiązywaniem

³⁰ Za: B.T. Woronowicz, *Kierunki rozwoju lecznictwa...*, op. cit., s. 12.

³¹ I. Wald, *Wstęp...*, op. cit., s. 8.

³² J. Moskalewicz, *Polityka społeczna...*, op. cit., s. 77.

³³ Ibidem.

problemów alkoholowych; współpraca z organizacjami i instytucjami międzynarodowymi prowadzącymi działalność w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych; podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 131 i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego (art. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz. U. 1982 Nr 35 poz. 230, z późniejszymi zmianami; więcej regulacji dotyczących PARPA patrz. art. 3-3g teje ustawy).

Nowelizacja ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z 1996 roku zadania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych powierzyła gminom (zadania te zostaną wymienione w dalszej części tekstu). Realizacja tych zadań jest prowadzona w postaci gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, stanowiącego część strategii rozwiązywania problemów społecznych, uchwalanego corocznie przez radę gminy.

Od 1998 roku (na mocy lipcowej nowelizacji Ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi i dodanego w niej art. 22.1) w organizacji systemu leczenia odwykowego pojawiły się wojewódzkie ośrodki terapii uzależnienia i współuzależnienia, pełniące funkcje koordynatorów pozostałych placówek na terenie województwa. Szczegółowiej jego zadania określone zostały w art. 10 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (Dz. U. 2012, poz. 734).

Jak wynika zatem z tego podstawowego, acz skrótowego przeglądu, kolejne nowelizacje ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, w połączeniu z odpowiednimi rozporządzeniami, przekształcały, uzupełniały i rozwijały aktualnie istniejący w Polsce kształt leczenia odwykowego.

Polskie leczenie uzależnień – współcześnie

Obecnie kształt i funkcjonowanie leczenia uzależnienia od alkoholu w Polsce porządkuje kilka aktów prawnych.

Pierwszym z nich jest wielokrotnie nowelizowana Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 roku (Dz. U. 1982 Nr 35, poz. 230, z późn. zm.). Jakie kwestie znalazły w niej uregulowanie prawne?

W art. 1 mowa jest o zobowiązaniach organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego, które dotyczą: podejmowania działań zmierzających do ograniczania spożycia napojów alkoholowych oraz zmiany struktury ich spożywania, inicjowania i wspierania przedsięwzięć mających na celu zmianę obyczajów w zakresie

sposobu spożywania tych napojów, działania na rzecz trzeźwości w miejscu pracy, przeciwdziałania powstawaniu i usuwania następstw nadużywania alkoholu, a także wspierania działalności w tym zakresie organizacji społecznych i zakładów pracy, jak również popierania tworzenia i rozwoju organizacji społecznych, których celem jest krzewienie trzeźwości i abstynencji, oddziaływanie na osoby nadużywające alkoholu oraz udzielanie pomocy ich rodzinom, jak również zapewniania warunków sprzyjającym działaniom tych organizacji, a także współdziałania z Kościołem Katolickim i innymi kościołami oraz związkami wyznaniowymi w zakresie wychowania w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi.

Zadania, o których tu mowa, realizowane są w postaci wojewódzkiego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, stanowiącego część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej, realizowanego przez regionalny ośrodek polityki społecznej (więcej w art. 4) oraz gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, stanowiącego część strategii rozwiązywania problemów społecznych, uchwalanego corocznie przez radę gminy (art. 4¹). Prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracją społeczną osób uzależnionych od alkoholu włączone jest do zadań własnych gmin, a zadania te w szczególności obejmują: zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu; udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie; prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych; wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych; podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13¹ i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego; wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej; powoływanie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych (zapis w art. 4¹).

W omawianej ustawie uregulowane zostały również kwestie obrotu hurtowego i sprzedaży detalicznej napojów alkoholowych o zróżnicowanej zawartości alkoholu (art. 9-9⁶, 12, 13, 14, 15, 18-18⁶, 19) oraz reklamy i promocji napojów alkoholowych (art. 13¹, 13²), a także przepisy karne dotyczące osób popełniających przestępstwa określone w ustawie (zwłaszcza art. 43-45³).

Obecnie funkcjonujący system leczenia odwykowego w Polsce skonstruowany jest w oparciu o następujące akty prawne: Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. 1982 Nr 35, poz. 230, wielokrotnie nowelizowana), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada

2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, z załącznikami (Dz. U. 2013, poz. 1386), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (Dz. U. 2012, poz. 734), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 roku w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. 2004, poz. 559) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2014 roku w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego (Dz. U. 2014, poz. 1850).

W Polsce leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu prowadzą podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej (art. 21.1. Ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz. U. 1982 Nr 35, poz. 230, z późn. zm.), a szczegółowiej omówione w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (Dz. U. 2012, poz. 734) – zwłaszcza art. 3-9. Zadaniem zarządu województwa jest organizowanie na obszarze województwa podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w zakresie leczenia odwykowego oraz wojewódzki ośrodek terapii uzależnienia i współuzależnienia (art. 22.1. Ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz. U. 1982 Nr 35, poz. 230, z późn. zm.).

Świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej w zakresie lecznictwa odwykowego dla osób uzależnionych od alkoholu są udzielane ubezpieczonemu bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, co wynika z art. 57.2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135).

Świadczenia zdrowotne udzielane na rzecz osób określonych w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, a nie posiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, finansowane są z budżetu państwa na zasadach i w trybie określonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, na mocy art. 13 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135).

Od osób uzależnionych od alkoholu nie pobiera się opłat za świadczenia w zakresie leczenia odwykowego (gwarantuje to art. 21.3. Ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz. U. 1982 Nr 35, poz. 230, z późn. zm.).

Poddanie się leczeniu odwykowemu jest dobrowolne (zapis w art. 21.2. Ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz. U. 1982 Nr 35, poz. 230, z późn. zm.). Wyjątki od tej zasady określono w art. 24-35 tejże ustawy, w których dokonano omówienia procedury zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu pewnej części osób uzależnionych od alkoholu, tj. osób, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny³⁴.

W Polsce w ramach leczenia uzależnień świadczenia gwarantowane – na mocy art. 3.1., 6, 7, 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. 2013, poz. 1386) – realizowane są w warunkach trojakiemu typu: stacjonarnych (w tym: świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki, wyżywienie, z zastrzeżeniem art. 18 Ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin), dziennych (w tym: świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, leki, wyżywienie i działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin) i ambulatoryjnych (w tym: świadczenia terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, leki niezbędne w stanach nagłych i działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin).

Podmioty lecznicze wykonujące świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu realizują szereg działań. Wyróżnienie tych działań odnaleźć można w art. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu,

³⁴ Osoby te kierowane są przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych (właściwą według miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy) – na jej wniosek lub z własnej inicjatywy – na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego. Jeżeli osoby te są uzależnione od alkoholu, można je zobowiązać do poddania się leczeniu w stacjonarnym lub niestacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego. Osoba, w stosunku do której został orzeczony prawomocnie obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, do stawienia się dobrowolnie w oznaczonym dniu we wskazanym zakładzie lecznictwa odwykowego w celu poddania się leczeniu, a która tego nie dopełni, musi liczyć się z zagrożeniem zastosowania przymusu w wypadku uchylania się od wykonania tego obowiązku. Nie ustają jednak polemiki dotyczące tego czy osoba uzależniona od alkoholu powinna mieć pozostawioną możliwość decydowania o tym czy podejmie leczenie czy raczej – ze względu na to, że konsekwencje jej uzależnienia dotyczą inne osoby – powinna być poddana przymusowemu leczeniu, a jeśli tak, to czy godzi to w jej prawo do wolności osobistej. Ponadto osoby podejmujące terapię, przymuszone do tego, bez wewnętrznej motywacji, są trudniejszymi pacjentami i gorzej rokują, jeśli chodzi o efekty leczenia.

sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (Dz. U. 2012, poz. 734), zaś ich charakterystyka zawarta jest w art. 2 tegoż rozporządzenia. Są to:

1. działania diagnostyczne w zakresie diagnozy nozologicznej i problemowej, które polegają na rozpoznaniu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania wynikających ze spożywania alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych, rozpoznaniu zaburzeń nawyków i popędów oraz zaburzeń występujących u członków rodziny w następstwie spożywania alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych lub zaburzeń nawyków i popędów u osób bliskich oraz na rozpoznaniu niezbędnych do skonstruowania planu terapii aktualnych problemów pacjenta, a także przyczyn i mechanizmów będących ich podłożem;
2. programy korekcyjne dla osób spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie lub używających substancji psychoaktywnych oraz osób z zaburzeniami nawyków i popędów, obejmujące indywidualne lub grupowe oddziaływania psychologiczne zmierzające do ograniczenia szkód wynikających ze spożywania alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych u osób nieuzależnionych lub do ograniczenia szkód wynikających z zachowań impulsywnych u osób z zaburzeniami nawyków i popędów;
3. programy psychoterapii uzależnień, obejmujące indywidualne i grupowe oddziaływania psychologiczne ukierunkowane na poprawę stanu psychofizycznego i funkcjonowania społecznego osób uzależnionych od alkoholu poprzez redukcję objawów i mechanizmów uzależnień oraz uczenie umiejętności potrzebnych do podtrzymania pozytywnej zmiany;
4. programy psychoterapii zaburzeń funkcjonowania członków rodziny, które wynikają ze spożywania alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych przez osoby bliskie, zwane dalej „programami psychoterapii członków rodzin”, a które obejmują oddziaływania psychologiczne ukierunkowane na usunięcie lub złagodzenie zaburzeń powstałych w wyniku przewlekłego stresu u członków rodziny, spowodowanego spożywaniem alkoholu lub używaniem innych substancji psychoaktywnych przez osobę bliską;
5. indywidualne świadczenia zapobiegawczo-lecznicze dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin, obejmujące: leczenie stanów występujących w przebiegu uzależnienia od alkoholu, w szczególności leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych, leczenie szkód zdrowotnych spowodowanych spożywaniem alkoholu u osób przystępujących do psychoterapii uzależnienia od alkoholu, psychofarmakoterapię ułatwiającą osiągnięcie celów terapii uzależnienia od alkoholu oraz psychofarmakoterapię współwystępujących zaburzeń psychicznych;

6. indywidualne świadczenia rehabilitacyjne dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin, obejmujące oddziaływania psychospołeczne i pomocnicze medyczne, ukierunkowane na przywrócenie zdolności funkcjonowania społecznego osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin;
7. działania konsultacyjno-edukacyjne dla członków rodzin osób uzależnionych od alkoholu, obejmujące grupowe lub indywidualne poradnictwo ukierunkowane na zwiększenie rozumienia uzależnienia, problemów rodziny osób uzależnionych od alkoholu oraz poznanie ofert leczenia osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin.

Wspomniane podmioty lecznicze wykonujące świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu, prowadzą placówki leczenia uzależnienia od alkoholu, którymi są:

1. poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia;
2. poradnia leczenia uzależnień;
3. całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu;
4. całodobowy oddział leczenia uzależnień;
5. dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu;
6. dzienny oddział leczenia uzależnień;
7. oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych;
8. hostel dla osób uzależnionych od alkoholu.

Uszczegółowienie ich zadań znajduje się w art. 4-8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (Dz. U. 2012, poz. 734). W art. 3.2. tego samego rozporządzenia mowa jest także o tym, że placówki te mogą działać jako ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu, jeżeli zapewniają wykonywanie stacjonarnych i ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin albo tylko ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin, a w skład ośrodka wchodzi: dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu lub dzienny oddział leczenia uzależnień oraz poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia lub poradnia leczenia uzależnień.

Dodatkowo dla osób uzależnionych może być realizowany turnus rehabilitacyjny, nie częściej niż raz na 12 miesięcy (więcej patrz. art. 9 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, Dz. U. 2013, poz. 1386).

Nieco inną w swym charakterze formą pomocy jest pobyt na oddziale leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych. Trzy grupy realizowanych tu zadań to:

1. diagnozowanie zaburzeń spowodowanych spożywaniem alkoholu lub używaniem innych substancji psychoaktywnych;
2. leczenie alkoholowego lub polekowego zespołu abstynencyjnego;
3. motywowanie pacjentów do podjęcia psychoterapii uzależnień (patrz. art. 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi, Dz. U. 2012, poz. 734).

Organy samorządu terytorialnego w miastach liczących ponad 50 000 mieszkańców i organy powiatu mogą organizować i prowadzić izby wytrzeźwień (przy czym jednostka samorządu terytorialnego może zlecić wykonywanie zadań izby wytrzeźwień innej placówce lub utworzyć taką placówkę, zwaną dalej „placówką”). Zadaniom i zasadom funkcjonowania tego typu placówek poświęcone zostały art. od 39 do 42^{3.2}. Ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz. U. 1982 Nr 35, poz. 230, z późn. zm.) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2014 roku w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego (Dz. U. 2014, poz. 1850).

W niektórych miastach uruchomione zostały również punkty konsultacyjne, organizowane przez samorządy gminne, ośrodki pomocy społecznej, stowarzyszenia abstynenckie czy kościoły i związki wyznaniowe. Powinny być one miejscem pierwszego kontaktu, łatwo dostępnym dla osób z problemem alkoholowym potrzebujących pomocy, z którego odpowiednio motywowani i właściwie pokierowani trafiają do instytucji świadczących wyspecjalizowaną pomoc³⁵.

Również w części naszego kraju do dyspozycji osób borykających się z własnym i cudzym problemem alkoholowym są telefony zaufania; podczas rozmowy można uzyskać: porady i wsparcie psychologiczne, informacje o dostępnych, konkretnych możliwościach leczenia, wzmocnienie motywacji do podjęcia działania³⁶.

Kwestie dotyczące funkcjonowania placówek lecznictwa odwykowego oraz zatrudnianego personelu reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu

³⁵ W Polsce działa ich ok. 2 tysięcy. Za: J. Fudała, K. Dąbrowska, K. Łukowska, *Uzależnienie od alkoholu – między diagnozą a działaniem*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2014, s. 77.

³⁶ Ibidem, s. 78-79.

współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (Dz. U. 2012, poz. 734).

Na pomoc mogą także liczyć członkowie rodziny osoby uzależnionej od alkoholu, dotknięci następstwami nadużywania alkoholu przez osobę uzależnioną (na mocy art. 23 Ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz. U. 1982 Nr 35, poz. 230, z późn. zm.), którzy uzyskują świadczenia zdrowotne w zakresie terapii i rehabilitacji współuzależnienia oraz profilaktyki. Za świadczenia te od wymienionych osób nie pobiera się opłat. Dzieci osób uzależnionych od alkoholu, dotknięte następstwami nadużywania alkoholu przez rodziców, uzyskują bezpłatnie pomoc psychologiczną i socjoterapeutyczną w podmiotach określonych w art. 22.1 i poradniach specjalistycznych oraz placówkach opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych. Pomoc niesiona dzieciom przez osoby lub instytucje może być udzielona wbrew woli rodziców lub opiekunów będących w stanie nietrzeźwym.

Na wydatki związane z realizacją Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych przeznaczają się corocznie z budżetu państwa środki w wysokości 1% podatku akcyzowego od wyrobów alkoholowych; środki te są przeznaczone w szczególności na różne formy pomocy dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin, działalność informacyjną i wychowawczą, kształcenie specjalistów i prowadzenie badań naukowych nad problemami alkoholowymi (gwarancja zapisana w art. 11 Ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz. U. 1982 Nr 35, poz. 230, z późn. zm.). W celu pozyskania dodatkowych środków na finansowanie zadań określonych w art. 4¹.1 gminy pobierają opłaty za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych (zapis taki w art. 11¹.1 Ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz. U. 1982 Nr 35, poz. 230, z późn. zm.).

Partnerami rządowej polityki alkoholowej mogą być organizacje sytuowane w sektorze pozarządowym. Ich rola może tu dotyczyć takich obszarów jak: monitorowanie wdrażania istniejących praw, kodeksów i praktyk postępowania w sektorze publicznym i prywatnym, przekładanie bazy dowodowej na łatwo zrozumiałe praktyki i działania polityczne, zmierzające do zmniejszenia szkód wywołanych przez alkohol, obrona i reprezentowanie społeczeństwa obywatelskiego w procesie wprowadzania w życie takich działań i praktyk oraz zbieranie i rozpowszechnianie informacji i wiedzy mobilizującej społeczeństwo obywatelskie do wspierania praktycznych działań opartych na konkretnych dowodach w obszarze polityki alkoholowej³⁷. Niedocenione w lokalnym systemie rozwiązywania problemów alkoholowych zdają się być stowarzyszenia abstynenckie, które prowadzą działania na rzecz swoich członków i ich rodzin oraz na rzecz społecz-

³⁷ P. Anderson, B. Baumberg, tłum. K. Mazurek, *Wnioski i zalecenia. Alkohol w Europie*, Wydawnictwa Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2007, s. 22.

ności lokalnych, a aktywność ta może dotyczyć następujących obszarów: „trzeźwościowy (w tym rehabilitacyjny); pomocowy (w tym interwencyjny); na rzecz promowania abstynencji i zdrowego stylu życia; kulturalno-towarzyski; ukierunkowany na dzieci i młodzież; współpracy, współdziałania na rzecz i ze społecznością lokalną; współpracy z innymi organizacjami i instytucjami; promocji działań. Stowarzyszenia abstynenckie podejmują aktywności ukierunkowane na: wspieranie abstynencji i trzeźwienia, pomocy w rozwiązywaniu różnorodnych problemów, nawiązywanie kontaktu z osobami uzależnionymi, motywowanie ich do leczenia odwykowego, podejmują interwencje wobec osób z problemem alkoholowym. Organizują różnego rodzaju zajęcia rehabilitacyjne skierowane do osób uzależnionych i członków ich rodzin, uczące umiejętności zarówno psychologicznych, jak i praktycznych. Oddziaływania te są niezwykle istotne w procesie zdrowienia, zapobiegają wykluczeniu społecznemu i zapewniają integrację społeczną osobom z problemem alkoholowym. (...) Stowarzyszenia prowadzą również niezwykle cenne działania z zakresu zdrowego i trzeźwego stylu życia dla osób dorosłych, ale także młodzieży i dzieci. Najczęściej spotykane formy to sport, turystyka, wspólne wyjazdy, organizowanie „dni trzeźwości”, festynów czy wspólnych wieczorów tematycznych. Różnorodne aktywności mają na celu nie tylko propagowanie trzeźwości, ale również spełniają ważną funkcję promocji działań samych stowarzyszeń. Kolejnym ważnym nurtem w pracy stowarzyszeń powinna być ich rola w lokalnym systemie rozwiązywania problemów alkoholowych. Po pierwsze, poprzez włączenie się stowarzyszeń abstynenckich w prace związane z opracowywaniem gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Konsultacja programu ze środowiskiem abstynenckim może wiele wnieść w zakresie jego dostosowania do lokalnych potrzeb i właściwego zdefiniowania priorytetów planowanych działań. Po drugie, poprzez nawiązanie i utrzymywanie stałej współpracy m.in. z samorządami, lecznictwem odwykowym, pomocą społeczną, gminną komisją rozwiązywania problemów alkoholowych oraz innymi instytucjami i organizacjami pozarządowymi³⁸. Jak jednak pokazują doświadczenia, co zauważa A. Czerkawska, jest wiele problemów na gruncie współpracy, sygnalizowanych przez obie strony: i organizacje abstynenckie i samorządy, a według niej najważniejszymi przeszkodami są: „współpraca opierająca się głównie na zlecaniu zadań, a nie na różnorodnych formach, jakimi są wymiana informacji i doświadczeń, konsultacje, wsparcie merytoryczne; nieznanostwo przez organizacje pozarządowe niezbędnych przepisów prawnych i innych dokumentów, jak chociażby samego gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych; niewystarczająca znajomość mechanizmów działania obu grup podmiotów; niedocenywanie wagi współpracy w osiąganiu wspólnego celu. Często dzieje się tak, iż samorządy i organizacje pozarządowe stają po dwóch przeciwległych stronach, sprawiając

³⁸ A. Czerkawska, *Miejsce organizacji abstynenckich w lokalnym systemie rozwiązywania problemów alkoholowych*, „Świat Problemów” 2011, nr 8, s. 7.

wrażenie, jakby realizowały działania przeciwstawne. Zapominając, że cel jest wspólny, wspólny jest również adresat działań. Warto mieć na względzie to, że przedstawiciele instytucji czy organizacji pozarządowych winni być dla siebie partnerami, co oznacza prawa, ale i obowiązki dla obu stron – jest to równoznaczne z poszanowaniem autonomiczności każdego z nich³⁹.

Aby dopełnić obrazu możliwości poszukiwania pomocy przez osoby uzależnione od alkoholu, należy dodać, że oprócz państwowych instytucji pomocowych, w Polsce funkcjonuje także szereg grup o charakterze samopomocowym. Mowa tu o ruchu Anonimowych Alkoholików, klubach abstynenta oraz organizacjach pozarządowych nastawionych w swych celach statutowych na działania w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemu alkoholowego oraz jego konsekwencji. Choć leczenie osób uzależnionych odbywa się pod kierunkiem specjalistów, to inicjatywy samopomocowe mogą odegrać znaczącą rolę, stanowiąc istotne uzupełnienie profesjonalnej pomocy. „Praca specjalistów zazwyczaj nie może być zastąpiona oddziaływaniem grup samopomocowych, ponieważ ich wyłączne wsparcie może okazać się dla wielu niewystarczającym. Grupy samopomocowe nie zastąpią więc fachowej opieki medycznej czy psychoterapeutycznej, ale mogą je efektywnie uzupełnić lub wesprzeć⁴⁰.”

Czy w Polsce mamy do czynienia ze wsparciem o charakterze systemowym dla osób uzależnionych od alkoholu?

Wszystkie zarysowane powyżej uregulowania prawne i wynikające z nich działania są zasadne i potrzebne (zwłaszcza, jeśli wieloaspektowo regulują kwestie alkoholowe⁴¹), niemniej trudno nie zgodzić się z A. Gubińskim, który zauważył, że „przepisy prawa, choć konieczne – w pewnym zakresie, mają jedynie drugorzędne znaczenie, a decydujące leży w ekonomice, kulturze i obyczajowości ludzi⁴².”

Zdaje się jednak, że tworzenie sieci podmiotów, swoistej koalicji i kooperacji dopełniających się w działaniach profesji pomocowych na rzecz rozwiązywania społecznego problemu alkoholowego i jego konsekwencji jeszcze długo w polskich realiach pozostanie w sferze życzeń. Mniej lub bardziej zinstytucjonalizowana współpraca istnieje ciągle zbyt rzadko w konkretnych środowiskach lokalnych, nie mówiąc już o partnerstwie.

³⁹ Ibidem, s. 5.

⁴⁰ E. Włodarczyk, *Grupy samopomocowe w doświadczaniu abstynencji alkoholowej*, w: M. Piorunek (red.), *Pomoc – wsparcie społeczne – poradnictwo. Od teorii do praktyki*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Poznań 2010, s. 564.

⁴¹ K. Łukowska zaznacza: „należy spodziewać się, że prawo będzie skuteczne tylko wtedy, kiedy będzie zmieniało sytuację sprzyjającą powstawaniu problemów alkoholowych i zmniejszało skalę dolegliwości związanych z alkoholem, a nie tylko wtedy, gdy będzie ustanawiało jakie zachowania są dozwolone, a jakie zabronione” – K. Łukowska, *Polityka wobec alkoholu – między prohibicją a wolnym rynkiem*, „Świat Problemów” 2009, nr 12, s. 8.

⁴² A. Gubiński, *Jak głęboko sięgać powinno prawo?*, „Problemy Alkoholizmu” 1991, nr 5, s. 7.

W przypadku reprezentantów różnych służb społecznych, których praca dedykowana jest bezpośrednio (jak ma to miejsce w przypadku leczenia odwykowego) lub pośrednio osobom uwikłanym w problem alkoholowy, brakuje myślenia szerszego niż wyznaczonego perspektywą zatrudniającej instytucji, ograniczanie się wyłącznie do swojego „poletka”, przy czym takie podejście bywa dyktowane nie tylko brakiem woli konkretnych osób, ale także stawianymi im formalnymi zawodowymi wymaganiami i obowiązkami. Zdecydowanie w procesie rozwiązywania społecznego problemu alkoholowego potrzeba multisektorowości. Taka międzysektorowa współpraca wymaga jednak, aby „wszyscy uczestnicy tych działań posiadali jasną wizję wspólnej aktywności i zjawiska, wobec którego ma ona być podejmowana oraz rozumienie roli, jaką każdy z tych sektorów ma odgrywać w interwencjach. Wzajemne zrozumienie roli i odpowiedzialności oraz szacunek wobec realizowanych przez innych działań musi charakteryzować wszystkie podmioty zaangażowanych sektorów – instytucje, pojedynczych profesjonalistów, ekspertów”⁴³. Z pewnością zawiązaniu i podtrzymaniu tej współpracy sprzyjać będą również: wzajemne zaufanie, porozumienie co realizowanych wartości i celów, wspólny język, szacunek dla wiedzy i doświadczenia innych podmiotów, wiara w pozytywne intencje innych podmiotów, wzajemne rozpoznanie sił, potrzeb i ograniczeń, rozwiązywanie konfliktów, wspólne decyzje i odpowiedzialność oraz odpowiedni lider współpracy⁴⁴. Niestety w Polsce mamy do czynienia z niedostatkiem instytucjonalnej integracji; brakuje woli prowadzenia lokalnej polityki społecznej w partnerski sposób, nie ma kanałów przepływu informacji pomiędzy podmiotami nawet w obrębie tego samego sektora oraz partnerskich relacji między nimi, dlatego tym bardziej trudno kreować ponadsektorową współpracę⁴⁵. To ogromna szkoda, ponieważ – jak zauważa B. Smykowski – stała współpraca między podmiotami nie tylko buduje gotowość środowiska lokalnego do różnych form reagowania na nasilający się problem, lecz prowadzi również do zapobiegania ich pojawianiu się⁴⁶.

⁴³ E. Jarosz, *Idee multisektorowości w rozwiązywaniu problemów przemocy i zaniedbywania dziecka w rodzinie – znaczenie dla pracy socjalnej*, w: E. Marynowicz-Hetka, M. Granosik, D. Wolska-Prylińska (red.), *Badania w pracy socjalnej/społecznej – przegląd dokonań i perspektywy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2007, s. 177-178. Przywołana tu uwaga (i kolejne) dotyczy wprawdzie refleksji E. Jarosz w związku ze zjawiskiem krzywdzenia dzieci i wymagań multidyscyplinarnego podejścia interwencyjnego, ale wydaje się być słuszną także w kontekście rozważań wokół konieczności wielosektorowego zaangażowania w rozwiązywanie problemu alkoholowego.

⁴⁴ Ibidem, s. 180-181. E. Jarosz przywołuje tu reguły wskazane w: J. Goldman, M. Salus, *A Coordinated Response to Child Abuse and Neglect: the Foundation for Practice*, US Department of Health and Human Services, www.nccanch.acf.hhs.gov 2003, s. 77-78.

⁴⁵ M. Grewiński, *Zakończenie*, w: M. Grewiński, M. Rymśa (red.), *Polityka aktywizacji w Polsce. Usługi reintegracji w sektorze gospodarki społecznej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP: Dom Wydawniczy „Elipsa”, Warszawa 2011, s. 316.

⁴⁶ B. Smykowski, *Partnerstwo lokalne w rzecz rozwiązywania problemów społecznych*, w: L. Cierpialkowska (red.), *Oblicza współczesnych uzależnień*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2006, s. 221.

Zauważyć należy również, że o ile mamy w Polsce szereg wypracowanych rozwiązań w obszarze pracy z osobami uzależnionymi od alkoholu, tak grupa osób pijących ryzykownie i szkodliwie jest pomijanym przedmiotem zainteresowania polityki zdrowotnej i społecznej⁴⁷ i nie ma dla tych osób odpowiedniej propozycji wsparcia⁴⁸. Tymczasem „efektywne rozwiązywanie problemów alkoholowych zarówno w wymiarze ogólnospołecznym, jak i lokalnym wymaga stworzenia systemu pomocy dla osób, które spożywają alkohol w sposób ryzykowny i szkodliwy, zanim dojdzie do kumulacji szkód, w tym do uzależnienia”⁴⁹.

Polskie leczenie uzależnień cechuje także ujednoczenie programu kształcenia osób aktywnych zawodowo w obszarze leczenia odwykowego oraz ujednoczenie standardów świadczonych usług, co powoduje, że w wielu ośrodkach oferta jest bardzo podobna, zatem mamy do czynienia z pozbawieniem pacjentów wyboru różnych form terapii i trudno tu mówić o rzeczywistym zróżnicowaniu oferty leczenia odwykowego⁵⁰.

W Polsce obserwowalny jest także proces demedykalizacji w obszarze leczenia uzależnienia od alkoholu i ciążenie ku usługom psychoterapeutycznym i psychologicznym; ten jednostronny model oddziaływań wyklucza, a przynajmniej utrudnia łączenie psychoterapii z farmakoterapią⁵¹.

Podsumowując, warto jeszcze podkreślić, że podejmowane działania są niepełne, rozdzielne i mają charakter resortowy. Zarówno w inicjatywach ustawodawczych, jak i w praktyce ich realizacji (instrumenty instytucjonalne) brakuje uchwycenia i objęcia wszystkich aspektów i przejawów problemu alkoholowego. Brakuje również kooperacji (partnerstwa) służb społecznych, która posłużyłaby poprawie dostępności i efektywności systemu wsparcia.

Niestety nawet najlepszy system wsparcia dla osób uzależnionych od alkoholu na nic się zda, jeśli nie będzie w nich autentycznej chęci zmiany i jeśli będą tylko chcieli być leczeni, a nie leczyć się⁵². Istotnym warunkiem efektywności wychodzenia z uzależnienia jest bowiem pragnienie tego samej osoby uzależnionej. Zewnętrzny przymus (np. poprzez sądowe zobowiązanie do poddania się leczeniu odwykowemu) jest w części przypadków bezskuteczny (choć nie można wykluczyć, że w odniesieniu do niektórych osób stanie się momentem przełomowym). Nie istnieją żadne cudowne medykamenty, które uwolniłyby człowieka od uzależnienia. W tym długim i skom-

⁴⁷ J. Fudała, *Jak pomagać osobom pijącym alkohol ryzykownie i szkodliwie*, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2008, s. 6.

⁴⁸ M. Staniaszek, *Lecznictwo odwykowe w Polsce – sukcesy i wyzwania*, w: K. Gašior, J. Chodkiewicz (red.), *Leczenie alkoholików i członków ich rodzin. Perspektywa badawcza i praktyczna*, Wydawnictwo Jedność, Kielce 2010 s. 139-140.

⁴⁹ J. Fudała, *Jak pomagać...*, op. cit., s. 6.

⁵⁰ Spostrzeżenie za: E. Miturska, K. Dąbrowska, *Lecznictwo uzależnienia...*, op. cit., s. 382-383.

⁵¹ Tamże, s. 383.

⁵² Sygnalizowane m. in. przez M. Matuszewską (patrz. M. Matuszewska, *Moi przyjaciele Anonimowi Alkoholicy*, w: W. Braniecki (red.), *Cud przemiany...*, op. cit., s. 19).

plikowanym procesie konieczny jest świadomy i zaangażowany współudział samego alkoholika.

BIBLIOGRAFIA:

- Anderson P., Baumberg B., tłum. K. Mazurek, *Wnioski i zalecenia. Alkohol w Europie*, Wydawnictwa Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2007.
- Besala J., *Nieborak pił i upiel się był. Nalogi polskich władców*, „Pomocnik historyczny” – „Polityka” nr 8 (2642), z dnia 23 lutego 2008 roku.
- Bielewicz A., Moskalewicz J., *Historia społeczno-kulturowa alkoholu*, w: I. Wald (red.), *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1986.
- Bockenheimer K., *Przy polskim stole*, Wydawnictwo Dolnośląskie, Wrocław 1998.
- Czerkawska A., *Miejsce organizacji abstynenckich w lokalnym systemie rozwiązywania problemów alkoholowych*, „Świat Problemów” 2011, nr 8.
- Dampz M., *Alkohol i biesiadowanie w obyczajowości Polaków*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2005.
- Fudała J., *Jak pomagać osobom pijącym alkohol ryzykownie i szkodliwie*, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2008.
- Fudała J., Dąbrowska K., Łukowska K., *Uzależnienie od alkoholu – między diagnozą a działaniem*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2014.
- Grabowska M., *Światło nadziei*, w: W. Braniecki (red.), *Cud przemiany. Z 30-lecia ruchu Anonimowych Alkoholików w Polsce*, Media Rodzina, Poznań 2004.
- Grewiński M., *Zakończenie*, w: M. Grewiński, M. Rymśza (red.), *Polityka aktywizacji w Polsce. Usługi reintegracji w sektorze gospodarki społecznej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP: Dom Wydawniczy „Elipsa”, Warszawa 2011.
- Gubiński A., *Jak głęboko sięgać powinno prawo?*, „Problemy Alkoholizmu” 1991, nr 5.
- Jarosz E., *Idee multisektorowości w rozwiązywaniu problemów przemocy i zaniechania dziecka w rodzinie – znaczenie dla pracy socjalnej*, w: E. Marynowicz-Hetka, M. Granosik, D. Wolska-Prylińska (red.), *Badania w pracy socjalnej/społecznej – przegląd dokonań i perspektywy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2007.
- Kuchowicz Z., *Człowiek polskiego baroku*, Wydawnictwo Łódzkie, Łódź 1992.
- Łukowska K., *Polityka wobec alkoholu – między prohibicją a wolnym rynkiem*, „Świat Problemów” 2009, nr 12.
- Matuszewska M., *Moi przyjaciele Anonimowi Alkoholicy*, w: W. Braniecki (red.), *Cud przemiany. Z 30-lecia ruchu Anonimowych Alkoholików w Polsce*, Media Rodzina, Poznań 2004.
- Matuszewska M., *Pole do zaorania*, w: W. Braniecki (red.), *Cud przemiany. Z 30-lecia ruchu Anonimowych Alkoholików w Polsce*, Media Rodzina, Poznań 2004.
- Miturska E., Dąbrowska K., *Lecznictwo uzależnienia od alkoholu w Polsce w latach 1982-2005*, „Alkoholizm i Narkomania” 2009, t. 22, nr 4.
- Moskalewicz J., *Polityka społeczna wobec alkoholu w Polsce w latach 1944-1982*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1998.
- Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. (red.), *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.
- Niewiadomska I., Sikorska-Głódowicz M., *Alkohol*, Wydawnictwo Archidiecezji Lubelskiej „Gaudium”, Lublin 2004.
- Romsicki M., *Środki prawne ograniczające dostępność alkoholu w Polsce w ujęciu historycznym (II)*, „Świat Problemów” 2010, nr 3.

- Smykowski B., *Partnerstwo lokalne w rzecz rozwiązywania problemów społecznych*, w: L. Cierpialkowska (red.), *Oblicza współczesnych uzależnień*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2006.
- Staniaszek M., *Aktualny model leczenia odwykowego i rola izb wytrzeźwień w Polsce*, „Alkoholizm i Narkomania” 1992, nr 10.
- Staniaszek M., *Lecznictwo odwykowe w Polsce – sukcesy i wyzwania*, w: K. Gašior, J. Chodkiewicz (red.), *Leczenie alkoholików i członków ich rodzin. Perspektywa badawcza i praktyczna*, Wydawnictwo Jedność, Kielce 2010.
- Wald I., *Wstęp*, w: I. Wald (red.), *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1986.
- Włodarczyk E., *Grupy samopomocowe w doświadczaniu abstynencji alkoholowej*, w: M. Piorunek (red. nauk.), *Pomoc – wsparcie społeczne – poradnictwo. Od teorii do praktyki*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Poznań 2010.
- Woronowicz B.T., *Doroste Dziecko Anonimowych Alkoholików*, w: W. Braniecki (red.), *Cud przemiany. Z 30-lecia ruchu Anonimowych Alkoholików w Polsce*, Media Rodzina, Poznań 2004.
- Woronowicz B.T., *Kierunki rozwoju lecznictwa odwykowego w Polsce (dotychczasowe osiągnięcia i zadania na przyszłość)*, w: *Masz wybór. Materiały pokonferencyjne poświęcone problematyce uzależnień*, Wydawnictwo Miejskie, Poznań.
- Woronowicz B.T., *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*, Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 2008.

AKTY PRAWNE:

- Dekret o zwalczaniu potajemnego gorzelnictwa (Dz. U. 1944, Nr 15, poz. 85).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2014 roku w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego (Dz. U. 2014, poz. 1850).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 roku w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (Dz. U. 2012, poz. 734).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. 2013, poz. 1386).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 roku w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających (Dz. U. 2004, poz. 559).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1961 roku w sprawie regulaminu zakładów lecznictwa zamkniętego dla nałogowych alkoholików (Dz. U. 1961 Nr 44, poz. 235).
- Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 października 1934 roku w sprawie zmiany przepisów o monopoli spirytusowym i o sprzedaży napojów alkoholowych (Dz. U. 1934 Nr 96, poz. 863).
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1920 roku o ograniczeniach w sprzedaży napojów alkoholowych (Dz. U. 1920 Nr 37, poz. 210).
- Ustawa z dnia 21 marca 1931 roku o ograniczeniach w sprzedaży, podawaniu i spożyciu napojów alkoholowych (Dz. U. 1931 Nr 51, poz. 423).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 Nr 210, poz. 2135).

Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. 1982 Nr 35, poz. 230).

Ustawa z dnia 27 kwietnia 1956 roku o zwalczaniu alkoholizmu (Dz. U. 1956 Nr 12, poz. 62).

Ustawa z dnia 10 grudnia 1959 roku o zwalczaniu alkoholizmu (Dz. U. 1959 Nr 69, poz. 434).