

MONIKA KOTOWSKA

ORCID 0000-0002-7757-020X

IRENEUSZ SOLTYSZEWSKI

ORCID 0000-0003-1128-8129

Wybrane prawno-organizacyjne aspekty leczenia uzależnienia od alkoholu w Polsce

Streszczenie

Alkoholizm jest jednym z najpowszechniejszych problemów współczesnego świata. Badania naukowe nad tą chorobą wskazują, że ma ona podłoże wieloczynnikowe, łączące w sobie predyspozycje genetyczne z różnorodnymi czynnikami środowiskowymi, w tym aspektami psychologicznymi i socjologicznymi. Konsekwencje choroby alkoholowej dotyczą nie tylko osoby uzależnionej, ale mają wpływ na relacje rodzinne i zawodowe. W związku z powyższym instytucje państwowe podejmują działania, których zadaniem jest rozpoczęcie procesu leczenia przez osobę uzależnioną od alkoholu. Celem artykułu jest prezentacja aktualnie obowiązującego modelu lecznictwa odwykowego w Polsce, którego zręby zostały wypracowane na początku lat 80. ubiegłego wieku oraz dokonanie oceny, czy działania systemowe przynoszą określone korzyści terapeutyczne i są ekonomicznie efektywne.

Słowa kluczowe: alkoholizm, leczenie osób uzależnionych, organizacja leczenia, ustawodawstwo

Wstęp

Alkoholizm stanowi jeden z najpowszechniejszych problemów współczesnego świata, który można zdefiniować jako „zespół zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych powstający wówczas, gdy przymus przyjmowania alkoholu dominuje nad zachowaniem sprzed uzależnienia”³¹. Granica między pićm towarzyskim a chorobą alkoholową jest płynna, a utrata kontroli nad ilością i częstotliwością spożywanego alkoholu prowadzi do choroby alkoholowej. Badania naukowe wykazują, że alkoholizm ma podłoże wieloczynnikowe, łączące w sobie predyspozycje genetyczne z różnorodnymi czynnikami środowiskowymi, w tym z aspektami psychologicznymi i socjologicznymi. W konsekwencji, choroba alkoholowa jest schorzeniem prowadzącym nie tylko do utraty zdrowia fizycznego i psychicznego, ale także zaburza relacje z innymi ludźmi (rodzina, współpracownicy). Choroba alkoholowa u członka rodziny powoduje powstanie zjawiska określanego jako współuzależnienie od alkoholu, będącego zespołem zachowań i cech stanowiących reakcję na nadużywanie alkoholu przez drugą osobę. Należy podkreślić, że koszty społeczno-ekonomiczne związane z nadużywaniem alkoholu oceniane są na kwotę 30,9 mld zł, gdzie główną pozycję stanowią koszty związane z przedwczesnymi zgonami wynikającymi z nadużywania alkoholu (około 25 mld zł). Z kolei leczenie chorób wywołanych przez alkohol kosztuje ponad pół miliarda złotych rocznie³². Biorąc pod uwagę całe spektrum problemów związanych z wyżej opisanym problemem, instytucje państwowe w określonych sytuacjach podejmują działania, których celem jest rozpoczęcie procesu leczenia przez osobę uzależnioną.

Po drugiej wojnie światowej regulacje dotyczące leczenia alkoholików pojawiły się już w latach 50. XX wieku. Regulacje prawne, przewidujące leczenie osób uzależnionych od alkoholu, zostały wprowadzone

³¹ B. Kabata, *Trudności w leczeniu uzależnienia od alkoholu z praktyki lekarza rodzinnego na wsi*, „Hygeia Public Health” 2011, nr (46)3, s. 386.

³² <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/PARPA-koszty-nadmiernego-spozycia-alkoholu-sa-olbrzymie-ale-rozproszone,201937,14.html>, [dostęp: 28.11.2023 r.].

do polskiego porządku prawnego ustawą z dnia 27 kwietnia 1956 roku. Ustawa o zwalczaniu alkoholizmu wprowadziła przepis o przymusowym leczeniu alkoholików, którzy wykazują objawy przewlekłego alkoholizmu, w zakładach lecznictwa otwartego i zamkniętego. Leczeniu odwykowemu podlegały osoby, które naruszały porządek społeczny, powodowały rozkład życia rodzinnego, demoralizowały nieletnich, zagrażały bezpieczeństwu innych lub zakłócały spokój i porządek publiczny. O skierowaniu na leczenie w zakładach lecznictwa otwartego miały orzekać komisje społeczno-lekarskie, a do leczenia w zakładach lecznictwa zamkniętego kierowały sądy powiatowe na wniosek komisji społeczno-lekarskiej³³. Osoby nadużywające alkoholu umieszczano w szpitalach psychiatrycznych w celu zainicjowania leczenia i wzbudzenia motywacji do zmiany. Warto podkreślić, że leczenie nie miało charakteru dobrowolnego, a było oparte na przymusie prawnym. Z kolei w ustawie z 1959 roku doprecyzowano kwestie egzekwowania zapisów ustawy³⁴. W pierwszej kolejności ustawa przewidywała możliwość zastosowania przymusowego doprowadzenia osoby przez funkcjonariuszy Milicji Obywatelskiej na badanie przed komisją społeczno-lekarską lub na rozprawę przed sądem albo na leczenie w zakładzie lecznictwa otwartego lub zamkniętego. Po drugie, w stosunku do osoby, która uchylała się od orzeczonego względem niej przymusowego leczenia w zakładzie lecznictwa otwartego lub zamkniętego, można było orzec karę aresztu do 3 miesięcy lub karę grzywny. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 1961 roku umożliwiało leczenie osób pragnących dobrowolnie poddać się leczeniu, jednakże wielu badaczy uważało leczenie tego typu za fikcję, ponieważ osoba uzależniona poddawała się terapii zazwyczaj w wyniku jakiegoś rodzaju presji³⁵.

Należy podkreślić, że regulacje z lat pięćdziesiątych wywoływały mieszane oceny. Spotykały się one z uznaniem środowiska antyalkoholowego przy głosach krytycznych terapeutów i przedstawicieli nauki. Krytycy

³³ Ustawa z dnia 27 kwietnia 1956 roku o zwalczaniu alkoholizmu (Dz. U. 1956 nr 12 poz. 62).

³⁴ Ustawa z 10 grudnia 1959 roku o zwalczaniu alkoholizmu (Dz. U. 1959 nr 69 poz. 434).

³⁵ M. Frąckowiak, M. Motyka, *Przeciwdziałanie problemom alkoholowym – przegląd oddziaływań mogących wzajemnie się uzupełniać*, „Hygeia Public Health” 2015, nr (50)2, s. 324.

akcentowali, że system koncentrował się na przymusie leczenia i nie uwzględniał woli osoby uzależnionej ani motywacji do podjęcia terapii³⁶. Jak pokazały badania, efektywność ówczesnego leczenia była wysoce niezadowalająca, co wynikało ze schematycznego podejścia do działań terapeutycznych, które nie uwzględniały specyficznych cech osoby uzależnionej. Powyższa sytuacja „wymusiła” zmianę podejścia do procesu leczenia osób uzależnionych również w obszarze przepisów prawnych³⁷.

Celem artykułu jest prezentacja aktualnie obowiązującego modelu lecznictwa odwykowego w Polsce, którego zręby zostały wypracowane na początku lat 80. ubiegłego wieku. W związku z powyższym, autorzy podjęli próbę oceny, czy w dynamicznie zmieniających się warunkach społeczno-gospodarczych polski system leczenia odwykowego przynosi wymierne korzyści terapeutyczne i jest efektywny z ekonomicznego punktu widzenia.

Podstawy prawne lecznictwa odwykowego w Polsce

Funkcjonujący w Polsce system lecznictwa odwykowego skonstruowany jest przede wszystkim w oparciu o takie akty prawne jak: Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi³⁸, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 roku w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu³⁹, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień⁴⁰, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2014 roku w sprawie izb wytrzeźwień

³⁶ B. Jaworska-Dębska, *Spór wokół modelu polskiej regulacji alkoholowej. Zagadnienia administracyjnoprawne*, Łódź 1995, s. 142.

³⁷ E. Miturska, K. Dąbrowska, *Leczenie uzależnienia od alkoholu w Polsce w latach 1982–2005*, „Alkoholizm i Narkomania” 2009, nr (22)4, s. 365 i 386.

³⁸ Dz. U. 1982 nr 35, poz. 230 ze zm.

³⁹ Dz. U. 2018, poz. 2410.

⁴⁰ Dz. U. 2019, poz. 1285.

i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego⁴¹ oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2019 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie izb wytrzeźwień i placówek wskazanych lub utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego⁴². Istotną rolę odgrywa również ustawa o przeciwdziałaniu przemocy domowej z 29 lipca 2005 roku⁴³.

Akty te, poza wszystkimi innymi regulacjami prawnymi odnoszącymi się do pracy podmiotów leczniczych, określają typy placówek leczenia uzależnienia od alkoholu, ich zadania w odniesieniu do różnych grup pacjentów oraz rodzaj i sposób zdobywania kwalifikacji zawodowych przez specjalistów zajmujących się psychoterapią uzależnień. Szczególne miejsce wśród nich zajmuje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 roku w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu⁴⁴. Wyszczególniono w nim rodzaje placówek leczenia uzależnienia od alkoholu, jakie występują w Polsce. Do takich placówek należą:

1. poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia;
2. poradnia leczenia uzależnień;
3. całodobowy oddział albo stacjonarny ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu;
4. całodobowy oddział albo stacjonarny ośrodek leczenia uzależnień;
5. dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu; dzienny oddział leczenia uzależnień;

⁴¹ Dz. U. 2014, poz. 1850.

⁴² Dz. U. 2019, poz. 2119.

⁴³ Dz. U. 2005, nr 180, poz. 1493 z późn. zm.

⁴⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 roku w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu (Dz. U. 2018 poz. 2410). Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone Rozporządzeniem 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). Utraciło ono moc z dniem 31 grudnia 2018 roku na podstawie art. 10 pkt 2 Ustawy z dnia 24 listopada 2017 roku o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2017, poz. 2439).

6. oddział albo ośrodek leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych;
7. hostel dla osób uzależnionych od alkoholu.

System leczenia osób uzależnionych od alkoholu organizowany jest odrębnie od systemu leczenia osób uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych, choć w ramach obu tych systemów możliwe jest leczenie osób uzależnionych od kilku substancji (uzależnienie mieszane). Świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej w zakresie leczenia odwykowego dla osób uzależnionych od alkoholu są udzielane ubezpieczonemu bez skierowania i finansowane z budżetu państwa.

Organizacja leczenia osób uzależnionych od alkoholu

Leczenie osób uzależnionych od alkoholu jest co do zasady dobrowolne, ale przymus leczenia w Polsce przewidują przepisy zawarte w takich ustawach, jak: ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawa o ochronie zdrowia psychicznego oraz ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii⁴⁵.

Instytucja sądowego zobowiązania osób uzależnionych od alkoholu do leczenia została wprowadzona w ramach ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Celem takiego postępowania jest zmotywowanie uzależnionego do terapii. W myśl tej ustawy, „osoby, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozkład życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od obowiązku zaspokajania potrzeb rodziny albo systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny, kieruje się na badanie przez biegłego w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego”⁴⁶. Podjęcie interwencji, czyli przyjęcie zgłoszenia i wszczęcie postępowania,

⁴⁵ Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2023 r., poz. 2151); Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z 2022 r., poz. 2123, z 2023 r. poz. 1972); Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (tj. Dz. U. z 2023 r., poz. 1939).

⁴⁶ Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. 2023 r., poz. 2151 ze zm.) – art. 24.

jest obowiązkiem gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych właściwej pod względem miejsca zamieszkania lub pobytu osoby uzależnionej.

Osoby uzależnione od alkoholu zobowiązać można do poddania się leczeniu w stacjonarnym lub niestacjonarnym zakładzie leczenia odwykowego. O zastosowaniu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego orzeka sąd rejonowy właściwy według miejsca zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy. Sąd wszczyna postępowanie na wniosek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuratora. W ocenie Trybunału Konstytucyjnego przyjęcie takiego rozwiązania znajduje swoje uzasadnienie w realizacji ustawowo określonych celów publicznych. Z tego też względu legitymacji do wystąpienia z takim wnioskiem nie posiadają np. podmioty prywatne⁴⁷. Do wniosku dołącza się zebraną dokumentację i opinię biegłego w przedmiocie uzależnienia od alkoholu. Jeżeli nie ma opinii biegłego, sąd zarządza poddanie pacjenta odpowiednim badaniom. Sąd może zarządzić oddanie badanej osoby pod obserwację w zakładzie leczniczym na czas nie dłuższy niż dwa tygodnie, jeżeli na podstawie opinii biegłego uzna to za konieczne. W wyjątkowych wypadkach sąd może przedłużyć ten termin do sześciu tygodni. Na postanowienie zarządzające oddanie osoby uzależnionej na obserwację do zakładu przysługuje zażalenie. W razie zarządzenia przez sąd badania przez biegłego lub oddania pod obserwację w zakładzie leczniczym, osoba taka zobowiązana jest poddać się badaniom psychologicznym i psychiatrycznym oraz zabiegom niezbędnym do wykonania podstawowych badań laboratoryjnych. Orzekając o obowiązku poddania się leczeniu, sąd może ustanowić na czas trwania tego obowiązku nadzór kuratora. Osoba, wobec której ustanowiono nadzór, ma obowiązek prawny stawiania się na wezwanie sądu i kuratora. Sąd wzywa osobę, w stosunku do której orzeczono obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu, do stawienia się w oznaczonym dniu we wskazanym zakładzie leczenia odwykowego w celu

⁴⁷ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 4 lipca 2006 roku, K. 43/05 (Dz. U. 2006, nr 122, poz. 855).

poddania się leczeniu. Jeśli osoba nie stawi się dobrowolnie, zostanie zastosowany przymus. Pacjent poddany leczeniu odwykowemu, związanemu z pobytem w stacjonarnym zakładzie lecznictwa odwykowego, nie może opuszczać terenu zakładu leczniczego bez zezwolenia kierownika zakładu. Sąd zarządza przymusowe sprowadzenie do zakładu leczniczego osoby uchylającej się od wykonania obowiązku stawiania się na wezwanie. Obowiązek poddania się leczeniu trwa tyle, ile wymaga cel leczenia, nie dłużej jednak niż dwa lata od chwili uprawomocnienia się postanowienia. W czasie trwania obowiązku poddania się leczeniu sąd może, na wniosek kuratora, po zasięgnięciu opinii zakładu leczącego, lub na wniosek tego zakładu, zmienić postanowienia w zakresie rodzaju zakładu leczenia odwykowego. O ustaniu obowiązku poddania się leczeniu przed upływem ustalonego okresu decyduje sąd na wniosek osoby zobowiązanej, zakładu leczącego, kuratora, prokuratora lub z urzędu, po zasięgnięciu opinii zakładu, w którym przebywa leczona osoba. W wypadku ustania obowiązku poddania się leczeniu, ponowne zastosowanie takiego obowiązku nie może nastąpić przed upływem trzech miesięcy od jego ustania⁴⁸.

Interesującym zagadnieniem jest kwestia przymusu leczenia w kontekście praw pacjenta. W 1982 roku ustawodawca uznał, że występuje szereg czynników uzasadniających podjęcie działań bez zgody osoby uzależnionej od alkoholu. Z jednej strony osoby uzależnione negują istnienie problemu i nie dostrzegają konieczności podjęcia leczenia ani nie mają motywacji do jej prowadzenia. W praktyce działania diagnostyczno-terapeutyczne podejmowane w zakładach leczniczych zmuszają personel medyczny do wkroczenia w prawa pacjenta. Szczególnie gdy pojawią się sytuacje, które wymagają zabezpieczenia pacjenta przed nim samym. W związku z powyższym problematyka poszanowania praw pacjenta, w tym prawa do wyrażenia przez niego zgody na czynności medyczne oraz prawa do poszanowania godności, stanowią

⁴⁸ T. Ślączyński, M. Stradomska, *Instytucja przymusowego leczenia jednostki w aspekcie przepisów prawnych i teorii psychologicznych*, „Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne” 2017, nr 22, s. 9–10.

przedmiot interesujących dyskusji zarówno w środowisku prawników, jak i bioetyków⁴⁹.

Postanowienie sądu w przedmiocie obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu rozstrzyga co do istoty sprawy⁵⁰. W postanowieniu takim sąd może dodatkowo orzec o ustanowieniu nadzoru kuratora, a w sytuacji, gdy na skutek uzależnienia zachodzi potrzeba całkowitego ubezwłasnowolnienia osoby nadużywającej alkoholu, sąd może orzec o jej ubezwłasnowolnieniu. W takim przypadku sąd może również orzec o umieszczeniu osoby ubezwłasnowolnionej w domu pomocy społecznej. Jest to jednak możliwe tylko wówczas, gdy nie zachodzi możliwość objęcia osoby uzależnionej inną stałą opieką⁵¹.

Zgodnie z art. 21 ustawy, leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu prowadzi się w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą. Warunkiem prowadzenia działalności leczniczej w tym zakresie jest uzyskanie wpisu do prowadzonego przez wojewodę rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą. Istotne jest to, że od osób uzależnionych od alkoholu nie pobiera się opłat za leczenie odwykowe. Przyjęta zasada bezpłatności świadczeń ma w założeniu umożliwić osobom uzależnionym od alkoholu, i osobom nieposiadającym ubezpieczenia z innych tytułów, podjęcie decyzji o poddaniu się leczeniu odwykowemu⁵². Leczenie osób uzależnionych od alkoholu, finansowane ze środków publicznych (świadczenia gwarantowane), jest realizowane w warunkach: stacjonarnych, dziennych i ambulatoryjnych. Świadczenia gwarantowane w zależności od warunków leczenia obejmują między innymi: świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne, niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, leki oraz

⁴⁹ B. Kmieciak, *Przymus leczenia osób uzależnionych od alkoholu: perspektywa dylematów prawnioetycznych*, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio” 2017, nr (31)3, s. 221–239.

⁵⁰ I. Skrzydło-Niżnik, G. Zalas, *Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Komentarz. Doktryna. Orzecznictwo*, Kraków 2002, s. 386.

⁵¹ D. Cendrowicz, *Postępowanie w stosunku do osób nadużywających alkoholu oraz osób uzależnionych od środków odurzających bądź psychotropowych*, „Zeszyty Naukowe Instytutu Administracji AJD w Częstochowie Gubernaculum et Administratio” 2013, nr 2, s. 33–34.

⁵² I. Skrzydło-Niżnik, G. Zalas, *op. cit.*, s. 372.

działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin⁵³. Podkreślenia wymaga również fakt, że ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi normuje szczególne przypadki leczenia odwykowego osób uzależnionych. Zgodnie bowiem z brzmieniem art. 37 ust. 1 tejże ustawy, osoby uzależnione, umieszczone w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich, mają obowiązek poddania się zarządnemu przez administrację tych zakładów obowiązkowi leczenia odwykowego. Wskazuje się, że przepisy art. 37 przytaczanej ustawy określają odrębne zasady postępowania w stosunku do osób, które wymagają na skutek uzależnienia od alkoholu leczenia odwykowego, ale z uwagi na konflikt z prawem znalazły się w miejscach odosobnienia. Zasady te odnoszą się także do osób przebywających w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich oraz do osób umieszczonych w zakładach karnych, aresztach śledczych i ośrodkach przystosowania społecznego⁵⁴.

Na obszarze poszczególnych województw organizuje się całodobowe zakłady lecznictwa odwykowego oraz wojewódzkie ośrodki terapii uzależnienia i współuzależnienia. Członkowie rodziny osoby uzależnionej od alkoholu dotknięci następstwami nadużywania alkoholu przez osobę uzależnioną również uzyskują w publicznych zakładach opieki zdrowotnej bezpłatne świadczenia zdrowotne w zakresie terapii i rehabilitacji współuzależnień oraz profilaktyki. Dzieci osób uzależnionych od alkoholu mogą także uzyskać bezpłatną pomoc psychologiczną i socjoterapeutyczną⁵⁵.

Podmioty lecznicze wykonujące świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu realizują szereg działań. Należą do nich: działania diagnostyczne w zakresie diagnozy nozologicznej i problemowej, programy korekcyjne dla osób spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie lub używających substancji psychoaktywnych oraz osób z zaburzeniami nawyków i popędów, programy

⁵³ E. Włodarczyk, *Osoby uzależnione od alkoholu w polskim systemie (?) wsparcia społecznego* [w:] J. Spętana, D. Krzysztofiak, E. Włodarczyk (red.), *Od wykluczenia do wsparcia. W przestrzeni współczesnych problemów społecznych*, Kraków 2016, s. 114.

⁵⁴ I. Skrzydło-Niżnik, G. Zalas, *op. cit.*, s. 399.

⁵⁵ T. Ślączyński, M. Stradomska, *op. cit.*, s. 99.

psychoterapii uzależnień, programy psychoterapii zaburzeń funkcjonowania członków rodziny, które wynikają ze spożywania alkoholu lub używania innych substancji psychoaktywnych przez osoby bliskie, indywidualne świadczenia zapobiegawczo-lecznicze dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin, indywidualne świadczenia rehabilitacyjne dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin oraz działania konsultacyjno-edukacyjne dla członków rodzin osób uzależnionych od alkoholu⁵⁶.

Powyższe działania mają na celu pomoc osobie uzależnionej w powrocie do właściwego funkcjonowania psychofizycznego, nabraniu sił do utrzymywania abstynencji i lepszej kontroli i samokontroli oraz radzeniu sobie z głodem alkoholowym. Z drugiej strony terapia powinna powstrzymać destrukcyjny wpływ alkoholu na życie rodzinne i zawodowe. Warto zauważyć, że leczenie odwykowe w Polsce, poza farmakoterapią i profesjonalną pomocą indywidualną poszczególnych instytucji, obejmuje także terapie grupowe, które pomagają kontynuować proces trzeźwienia osoby dotkniętej chorobą alkoholową. Inicjatywy samopomocowe odgrywają w tym procesie znaczącą rolę. Pomocą indywidualną i grupową, wspierającą proces leczenia zajmują się w Polsce przede wszystkim:

1. wspólnoty AA – działają one na zasadzie terapii psychologicznej, oferując tzw. program dwunastu kroków oraz poczucie wspólnoty z innymi osobami zmagającymi się z alkoholizmem (dzielenie się swoimi przeżyciami, wsparciem, nadzieją). Ruch AA jest pozaformalną i całkowicie dobrowolną wspólnotą trzeźwością. Zgodnie z ideą tej wspólnoty nie są pobierane na jej rzecz żadne opłaty ani składki. Wspólnoty AA utrzymują się z dobrowolnych datków jej członków⁵⁷;
2. wspólnoty będące odgałęzieniem ruchu AA, takie jak: Al-Anon (wspólnota rodzin i bliskich osób z problemem alkoholowym), Al-Ateen (wspólnota dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym), DDA (wspólnota dorosłych osób pochodzących z rodzin alkoholowych). Zgodnie z ideami funkcjonowania zarówno AA, jak i jego odgałęzień udzielanie

⁵⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 roku w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu (Dz. U. 2018, poz. 2410).

⁵⁷ <https://aa.org.pl/wspolnota-aa/>, [dostęp: 28.11.2023 r.].

- jakichkolwiek dotacji z zewnątrz na rzecz działań lub programów każdego z tych ruchów jest niedozwolone, ponieważ narusza ich zasady ideowe oraz obowiązujące przepisy prawa. Możliwe jest natomiast nieodpłatne udostępnianie lokalu należącego do gminy na spotkania grup⁵⁸;
3. kluby abstynenta – są one wspólnotami nieformalnymi. Prowadzą różnorodne działania wspierające trzeźwość członków klubu oraz ich rodzin. Kluby propagują trzeźwy model życia, lecz nie prowadzą terapii farmakologicznych. Pomagają one rozwijać umiejętności potrzebne w procesie zdrowienia, stwarzają możliwość atrakcyjnego spędzania czasu wolnego i integracji społecznej;
 4. stowarzyszenia abstynenckie/trzeźwościowe – są one podstawową organizacyjno-prawną przewidzianą w celu realizacji prawa do zrzeszania się. Każde stowarzyszenie posiada własne obszary działalności zapisane w statucie. Obejmują one takie obszary działalności jak: rehabilitacja, pomoc, działania na rzecz promowania abstynencji i zdrowego stylu życia, współpracę i współdziałanie na rzecz społeczności lokalnej, współpraca z innymi organizacjami i instytucjami;
 5. niepubliczne ośrodki leczenia uzależnień, które oferują profesjonalną pomoc medyczną, farmakologiczną oraz psychologiczną. Prowadzone są przez profesjonalistów z certyfikatami wydanymi przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (obecnie działającą pod nazwą Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom)⁵⁹.

W odniesieniu do osób osadzonych w zakładach karnych proces leczenia uzależnionych nie odbywa się w podmiotach leczniczych, ale w oddziałach terapeutycznych nadzorowanych przez Wydział Penitencjarny Centralnego Zarządu Służby Więziennej. Warto też wspomnieć, że praca wymienionych wyżej oddziałów jest finansowana z budżetu Ministerstwa Sprawiedliwości. Interakcje w zakresie leczenia osadzonych są prowadzone w postaci

⁵⁸ A. Czerkawska, *Komentarz do ustawy o wychowywaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Współpraca z organizacjami pozarządowymi*, [w:] K. Dąbrowska, K. Łukowska, A. Czerkawska, *Zadania i kompetencje gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Aspekty prawne i praktyka działania*, Warszawa 2012, s. 113–114.

⁵⁹ B. T. Woronowicz, *Na zdrowie. Jak poradzić sobie z uzależnieniem od alkoholu*, Poznań 2008, s. 220–221.

trzymiesięcznych stacjonarnych programów terapeutycznych. Z założenia obejmują one podstawowy program psychoterapii uzależnienia o zwiększonej ilości celów, które zawierają w sobie rehabilitację i resocjalizację skazanych, borykających się z nałogiem. Należy zaznaczyć, że w zakładach karnych są wykorzystywane te same metody leczenia odwykowego, co w zwykłych ośrodkach leczenia⁶⁰.

Działania profilaktyczne państwa w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi

Problematykę szeroko rozumianej profilaktyki ukierunkowanej na przeciwdziałaniu alkoholizmowi reguluje ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Ustawodawca reguluje w niej funkcjonowanie rynku napojów alkoholowych, określając zasady kontroli obrotu tymi napojami. Reguluje także dziedzinę promocji i reklamy napojów alkoholowych, a także formuluje przepisy karne dotyczące obrotu i reklamy alkoholu. Ustawa wprowadza regulacje dotyczące postępowania wobec osób nadużywających alkoholu, określa podstawy leczenia odwykowego oraz wskazuje kompetencje i zadania Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, a także normuje procedurę niezbędną do utrzymania bezpieczeństwa w pracy w zakresie spożywania alkoholu. Powyższy akt normatywny obejmuje bardzo szeroki obszar działania. Zobowiązano w nim organy administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego do podejmowania działań mających na celu ograniczenie spożywania alkoholu i likwidowanie wszystkich negatywnych skutków z nim związanych. Wspomniane organy wspierają tworzenie i rozwój różnego rodzaju instytucji społecznych, których misją jest promowanie trzeźwości i abstynencji.

⁶⁰ Szerzej na temat terapii alkoholików w czasie odbywania kary pozbawienia wolności patrz: E. Staud, *Praktyczne aspekty leczenia alkoholików w warunkach więziennych*, „Państwo i Społeczeństwo” 2018, nr 4, s. 141–147; M. J. Kryński, *Normatywne i doktrynalne podstawy kształtowania się idei odrębnego postępowania ze skazanymi uzależnionymi od alkoholu w Polsce w latach 1918–1969*, „Civitas et Lex” 2012, nr 2(30), s. 15–37.

Warto też wspomnieć, że jednostki te współpracują z Kościołem Katolickim i innymi kościołami oraz związkami wyznaniowymi.

Jedną z najważniejszych kwestii dotycząca zakresu sprzedaży i podawania napojów alkoholowych została uregulowana w art. 15 ustawy, zgodnie z którym zabrania się sprzedaży i podawania napojów alkoholowych osobom, których zachowanie wskazuje, że znajdują się w stanie nietrzeźwości, osobom do lat 18 oraz na kredyt lub pod zastaw⁶¹. Ustawodawca umożliwił sprzedającemu żądanie okazania dokumentu stwierdzającego wiek nabywcy, jeżeli występują wątpliwości co do wieku tej osoby. Sprzedaż lub podanie napoju alkoholowego małoletniemu stanowi przestępstwo z art. 43 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Warto podkreślić, że do nowelizacji tej ustawy z 27 kwietnia 2001 roku, czyn taki był jedynie wykroczeniem⁶². Obecnie jest to przestępstwo zagrożone karą grzywny z kodeksu karnego, a orzekanie następuje na podstawie przepisów postępowania karnego⁶³. Zgodnie z ust. 3 tego artykułu można orzec przepadek napojów alkoholowych, chociażby nie były własnością sprawcy, a także orzec zakaz prowadzenia działalności gospodarczej polegającej na sprzedaży lub podawaniu napojów alkoholowych.

W ramach zapobiegania i zwalczania negatywnych skutków zjawiska alkoholizmu ustawodawca określił również miejsca, w których zakazana jest sprzedaż, podawanie i spożywanie napojów alkoholowych. Zgodnie z art. 14 analizowanej ustawy miejscami objętymi takim zakazem są: zakłady i placówki oświatowo-wychowawcze, opiekuńcze, a także domy studenckie, teren zakładu pracy oraz miejsca przeznaczone do zbiorowego

⁶¹ Zgodnie z art. 46 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, napojem alkoholowym jest produkt przeznaczony do spożycia zawierający alkohol etylowy pochodzenia rolniczego w stężeniu przekraczającym 0,5% objętościowych alkoholu. Z perspektywy ochrony małoletnich istotna jest zmiana stanowiska ustawodawcy w przedmiocie stopnia procentowej zawartości czystego alkoholu w napojach, których dostępność w stosunku do małoletnich powinna być wyłączona. Do 2001 roku w wyżej wymienionej ustawie obowiązywała definicja napoju alkoholowego, w myśl której był to produkt przeznaczony do spożycia zawierający alkohol etylowy w stężeniu przekraczającym 1,5%. Dopiero nowelizacja tej ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 roku obniżyła tę wartość do 0,5%.

⁶² Ustawa z dnia 27 kwietnia 2001 roku o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, ustawy o radiofonii i telewizji oraz ustawy o opłacie skarbowej (Dz. U. nr 60, poz. 610).

⁶³ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks postępowania karnego (Dz. U. nr 89, poz. 555 ze zm.).

żywienia się pracowników (np. stolówka, pokój socjalny), miejsca masowych zgromadzeń oraz środki i obiekty transportu publicznego. Zakaz ten nie dotyczy pociągów komunikacji krajowej, wagonów restauracyjnych i bufetów, pociągów komunikacji międzynarodowej, wagonów restauracyjnych, bufetów i wagonów sypialnych. Powyższy zakaz nie dotyczy również międzynarodowych portów lotniczych i międzynarodowych portów morskich, samolotów komunikacji międzynarodowej oraz statków morskich.

Zakaz spożywania alkoholu obowiązuje także w innych wskazanych przez ustawodawcę miejscach. Zgodnie z art. 14 ust. 2a ustawy „zabrania się spożywania napojów alkoholowych w miejscu publicznym, z wyjątkiem miejsc przeznaczonych do ich spożycia na miejscu, w punktach sprzedaży tych napojów”⁶⁴. Zgodnie więc z intencją ustawodawcy spożywanie napojów alkoholowych dozwolone ma być w wąskiej grupie, specjalnie wyznaczonych do tego miejsc. Ponadto w miejscach sprzedaży alkoholu i podawania napojów alkoholowych powinna być uwidocziona informacja o szkodliwości spożywania alkoholu. Ograniczenie dostępu do alkoholu należy ocenić pozytywnie. Niemniej liczba działających punktów sprzedaży alkoholu nie ogranicza w istotny sposób jego dostępności. W opinii wielu specjalistów taka sytuacja ma również negatywny wpływ na nadmierne spożywanie alkoholu w Polsce⁶⁵.

Dzieci i młodzież to grupy, które wymagają szczególnej ochrony ustawodawczej. Dbając o ochronę małoletnich przed zgubnymi skutkami alkoholizowania się, ustawodawca zdecydował o wprowadzeniu zakazu reklamy i promocji piwa, kierowanych do małoletnich, przedstawiających małoletnich oraz przy udziale małoletnich (art. 13¹ ust. 1 pkt 1 i 2 oraz ust. 2 pkt 6 ustawy), zakazie prowadzenia reklamy i promocji piwa w telewizji, radiu, kinie i teatrze między godziną 6.00 a 20.00 (art. 13¹ ust. 2 pkt 1 ustawy) oraz zakazie prowadzenia reklamy i promocji piwa w prasie młodzieżowej i dziecięcej (art. 13¹ ust. 2 pkt 3 ustawy). Prowadzenie takiej reklamy lub promocji stanowi przestępstwo, którego sprawca

⁶⁴ Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi – art. 14 ust. 2a.

⁶⁵ W. S. Zgliczyński, *Alkohol w Polsce*, „Infos”, 16 czerwca 2016, nr 11(215), Biuro Analiz Sejmowych, s. 2.

podlega karze grzywny od 10 000 do 500 000 zł. Te rozwiązania również należałoby ocenić pozytywnie. Skonstruowany w ustawie zakaz reklamy jest szeroki – poza bezpośrednimi przekazami promującymi dany napój alkoholowy (i znaki towarowe z nim związane) rozciąga się także na inne, pośrednie formy reklamy. W ocenie autorów zakaz reklamowania napojów alkoholowych nie wpływa w istotny sposób na ograniczenie jego spożycia, biorąc pod uwagę możliwość dotarcia do potencjalnego odbiorcy za pośrednictwem social mediów.

W analizowanej ustawie prawodawca określił także zadania własne gminy, mające na celu rozwiązywanie problemów alkoholowych. Zadania te ukierunkowane są w pierwszej kolejności na zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu. Ważne jest również udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie. Gmina powinna prowadzić profilaktyczną działalność informacyjną i edukacyjną 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. Kolejnym zadaniem jest wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych. W przypadku naruszenia przepisów określonych w art. 13¹ i 15 gmina zobowiązana jest do podejmowania działań interwencyjnych, jak również występowania przed sądem w charakterze oskarżyciela posiłkowego. Nie mniej ważne jest „wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej”⁶⁶.

Na mocy analizowanego aktu prawnego ważna rola przypadła Gminnym Komisjom Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Podmiot ten ma na celu wypełnienie postawionych przed nim zadań związanych z wychowaniem w trzeźwości i przeciwdziałaniem alkoholizmowi na terenie

⁶⁶ Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi – art. 4 ust. 1 w zw. z art. 2 ust. 1 pkt 8

gminy, mimo że komisja ta nie jest organem gminy⁶⁷. Gminne komisje stanowią ustawowo powołane grupy doradców w zakresie lokalnej polityki rozwiązywania problemów alkoholowych⁶⁸.

Do ustawowych zadań gminnych komisji należy:

1. inicjowanie działań w zakresie realizacji zadań własnych gminy związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych;
2. podejmowanie czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie lecznictwa odwykowego;
3. opiniowanie wydawania zezwoleń na sprzedaż lub podawanie napojów alkoholowych pod względem zgodności lokalizacji punktu sprzedaży z uchwałami rady gminy;
4. kontrola przestrzegania zasad i warunków korzystania z zezwoleń na sprzedaż lub podawanie napojów alkoholowych.

Ustawa wprowadziła również szczególny tryb postępowania wobec osób będących w stanie nietrzeźwości, które swoim zachowaniem dają powód do zgorszenia w miejscu publicznym lub w zakładzie pracy, a także wobec osób znajdujących się w okolicznościach zagrażających ich życiu lub zdrowiu, lub w stosunku do osób, które zagrażają życiu lub zdrowiu innych. Zgodnie z art. 40 ust. 1 ustawy, osoby te mogą zostać doprowadzone do izby wytrzeźwień, podmiotu leczniczego lub do innej właściwej placówki utworzonej lub wskazanej przez jednostkę samorządu terytorialnego albo do miejsca zamieszkania lub pobytu tej osoby. W przypadku braku izby wytrzeźwień osoby takie mogą zostać doprowadzone do jednostek Policji⁶⁹. Podstawą przyjęcia do izby wytrzeźwień, placówki lub jednostki Policji jest wynik badania zawartości alkoholu w organizmie osoby doprowadzonej do tych miejsc, który powinien zostać potwierdzony

⁶⁷ J. Morawski, *Mały poradnik profilaktyki dla gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych*, „Problemy Alkoholizmu” 2004, nr 3–4, s. 9.

⁶⁸ K. Łukowska, K. Okulicz-Kozaryn, *Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – w poszukiwaniu optymalnego modelu* [w:] M. Zdziarski (red.), *Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Praktyczne wskazówki dla samorządów*, Warszawa 2009, s. 5–70.

⁶⁹ M. Wawryn, *Doprowadzenie osoby w celu wytrzeźwienia*, Materiały Dydaktyczne, Legionowo 169/2018, s. 21.

specjalnym wydrukiem z urzędzenia służącego do pomiaru zawartości alkoholu w organizmie. Wydruk ten stanowi następnie załącznik do protokołu doprowadzenia lub karty ewidencyjnej. W przypadku braku zgody osoby doprowadzonej na przeprowadzenie takiego badania przyjmowana jest ona do izby wytrzeźwień, placówki lub jednostki Policji wyłącznie w przypadku występowania dodatkowych symptomów upojenia alkoholowego potwierdzonych przez lekarza lub felczera izby wytrzeźwień lub placówki, a w przypadku osób doprowadzonych do jednostki Policji przez upoważnionego funkcjonariusza Policji – w protokole doprowadzenia lub karcie ewidencyjnej. Natomiast w sytuacji, gdy osoby przyjęte do izby wytrzeźwień stwarzają zagrożenie dla życia lub zdrowia własnego lub innej osoby, lub niszczą przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, może zostać zastosowany wobec nich przymus bezpośredni, polegający na krótkotrwałym unieruchomieniu osoby z użyciem siły fizycznej lub też dłużej trwającym obezwładnieniem osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa⁷⁰. Za doprowadzenie i pobyt w izbie lub w jednostce Policji pobierane są opłaty, które stanowią świadczenie o przymusowym, bezzwrotnym, odpłatnym i jednostronnym charakterze. Wysokość opłaty za pobyt i doprowadzenie do izby wytrzeźwień ustalana jest jednostronnie przez organ zarządzający izbą wytrzeźwień na podstawie przepisów wykonawczych, co pozwala na sformułowanie wniosku, że opłata za pobyt w izbie wytrzeźwień ma charakter daniny publicznej i nie posiada charakteru zobowiązaniowego w rozumieniu prawa cywilnego, lecz administracyjno-prawny i wynikający z decyzji o przymusowym umieszczeniu w izbie wytrzeźwień⁷¹.

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. 43–45).

⁷⁰ Art. 42. Zastosowanie przymusu bezpośredniego; monitoring pomieszczeń przeznaczonych do izolacji, ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi, Dz. U. 2023 r., poz. 2151.

⁷¹ D. Cendrowicz, *op.cit.*, s. 35–36.

Ważne miejsce w systemie zapobiegania i zwalczania zjawiska alkoholizmu w Polsce zajmuje Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, utworzone w 2022 roku w wyniku połączenia Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Centrum prowadzi działalność w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniami, realizując zadania z zakresu: profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii oraz przeciwdziałania innym uzależnieniom⁷². Centrum ma zajmować się problematyką uzależnień w obszarze zdrowia publicznego i w polityce społecznej oraz kontynuować zadania realizowane do tej pory przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA). Warto podkreślić, że Agencja działała na podstawie art. 3 Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi⁷³. Agencja była jednostką budżetową podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, której celem działania było „inicjowanie i doskonalenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych w Polsce oraz pomoc i współdziałanie z organizacjami pozarządowymi i administracją samorządową, ustawowo zobowiązaną do realizowania programów profilaktycznych i naprawczych w społecznościach lokalnych”⁷⁴.

Ważnym dokumentem jest Rekomendacja Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w której wskazano rekomendacje dotyczące finansowania i organizacji działań edukacyjnych, diagnostycznych i terapeutycznych dla osób zagrożonych lub dotkniętych uzależnieniami od substancji psychoaktywnych, w tym od alkoholu. Rekomendacja zwraca szczególną uwagę na działania informacyjno-edukacyjne, których odbiorcą jest całe społeczeństwo ze szczególnym uwzględnieniem dzieci

⁷² Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 stycznia 2022 roku w sprawie Krajowego Centrum Przeciwdziałania uzależnieniom (Dz. U. Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2022 roku, poz. 11).

⁷³ Ł. Wojciechowski, *Prewencja zagrożeń bezpieczeństwa społecznego na przykładzie działalności Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych*, „Zeszyty Naukowe WSEI seria: ADMINISTRACJA” /2016, nr 6(1), s. 56–57.

⁷⁴ <https://www.parpa.pl/index.php/parpa-kontakt-informacje/cele-i-zadania>, [dostęp: 12.11.2023 r.].

i młodzieży. Jak wynika z dostępnych danych epidemiologicznych prowadzenie szerokiego zakresu działań informacyjno-edukacyjnych ma kluczowe znaczenie w profilaktyce uzależnień. Istotne znaczenie w tych działaniach mają wywiady lekarskie, których celem jest zidentyfikowanie osób o podwyższonym ryzyku wystąpienia uzależnień. Zaleca się również prowadzenie szkoleń dla personelu medycznego z zakresu sposobów komunikowania się z osobami uzależnionymi oraz metod motywowania do rzucenia nalogu⁷⁵.

Praktyczne problemy zapobiegania i zwalczania alkoholizmu w Polsce

Pierwszym i najważniejszym problemem leczenia alkoholowego w Polsce, który generuje dalsze, jest jego niedofinansowanie. 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 na zróżnicowane formy pomocy dla osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin, działalność informacyjną i wychowawczą, kształcenie specjalistów i prowadzenie badań naukowych nad problemami alkoholowymi. 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 oraz prowadzenia różnorodnych form działań informacyjnych⁷⁶. Również organizacje pozarządowe borykają się z trudnościami finansowymi, co utrudnia, a w wielu przypadkach uniemożliwia, im funkcjonowanie.

Warto zauważyć, że procedura leczenia osób uzależnionych jest czasochłonna, co rodzi również określone skutki finansowe dla budżetu

⁷⁵ Rekomendacja nr 12/2020 z dnia 30 listopada 2020 roku Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych, https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2020/REK/12_2020.pdf, [dostęp: 28.11.2023 r.].

⁷⁶ P. Anderson, B. Baumberg, *Wnioski i zalecenia. Alkohol w Europie*, Warszawa 2007, s. 22.

państwa. Czas niezbędny do przeprowadzenia skutecznej terapii wynosi od 18 do 24 miesięcy. Pierwszy, podstawowy etap psychoterapii uzależnienia od alkoholu w zakładach stacjonarnych i oddziałach dziennych trwa od 6 do 8 tygodni, natomiast w placówkach ambulatoryjnych – od 4 do 6 miesięcy. Cały cykl psychoterapii uzależnienia trwa do dwóch lat i obejmuje do 240 godzin terapii grupowej i do 50 godzin terapii indywidualnej w ciągu roku. Po zakończonej terapii stacjonarnej osoby uzależnione, w celu kontynuowania leczenia, kierowane są do dalszej psychoterapii ambulatoryjnie oraz do grup samopomocowych Anonimowych Alkoholików i klubów abstynenta⁷⁷.

Dotkliwym skutkiem niedofinansowania leczenia alkoholizmu są nieprawidłowości związane z procedurą przymusowego kierowania na leczenie odwykowe. Z pokontrolnego raportu Najwyższej Izby Kontroli dotyczącego przymusowego kierowania osób uzależnionych od alkoholu na leczenie odwykowe w latach 2013–2015 wynika, że nie funkcjonuje ono sprawnie i nie wspomaga skutecznie rozwiązywania problemów alkoholowych. Ponad 60% osób zobowiązanych nie stawia się na leczenie, a 30% przyjętych na obowiązkową terapię nie kończy jej. Połowa zobowiązanych jest ponownie przymusowo kierowana na leczenie, a niemal tyle samo trafia na leczenie wielokrotnie. Zgodnie z ustaleniami specjalistów NIK-u, realizacja procedury dotyczącej przymusowego leczenia trwa zbyt długo. Od skierowania przez sąd na leczenie do podjęcia terapii średnio mijają niemal dwa lata. W tym czasie osoby uzależnione od alkoholu pozostają w swoich rodzinach i środowisku nadal stwarzając zagrożenie dla życia i zdrowia domowników i sąsiadów. Procedura nie spełnia zatem ważnego celu, jakim jest ochrona rodziny i środowiska osoby nadużywającej alkoholu⁷⁸.

Grupą osób, które statystycznie często borykają się z problemem uzależnienia od alkoholu, są skazani odbywający karę pozbawienia wolności.

⁷⁷ <https://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/metody-leczenia-uzaleznienia-od-alkoholu>, [dostęp: 2.11.2023 r.].

⁷⁸ Raport Najwyższej Izby Kontroli, *Przymusowe kierowanie osób uzależnionych od alkoholu na leczenie odwykowe*, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-przymusowym-kierowaniu-osob-uzalezniionych-od-alkoholu-na-leczenie-odwykowe.html>, [dostęp: 5.10.2023 r.].

Na terapię w więziennych oddziałach terapeutycznych również oczekuje się około 10 miesięcy⁷⁹. Biorąc pod uwagę, że mediana prawomocnej kary pozbawienia wolności (nie licząc kary pozbawienia dożywotniego) wynosi w Polsce 10 miesięcy, a średnia orzeczona kara prawomocnego pozbawienia wolności w Polsce – 12,54 miesiąca – na podjęcie leczenia nie ma szans „statystyczny” osadzony, który mógłby izolację penitencjarną przeznaczyć na terapię kontynuowaną w przyszłości w warunkach wolnościowych⁸⁰.

W praktyce funkcjonowania systemu leczenia antyalkoholowego można więc odnotować liczne mankamenty. Dotkliwym problemem jest brak współpracy pomiędzy poszczególnymi podmiotami, co utrudnia kompleksowe leczenie, w szczególności rozpoczynanie leczenia zanim choroba alkoholowa jest już bardzo zaawansowana, co zmniejsza szanse na jego skuteczność⁸¹. Grupa ta jest całkowicie pomijana w polityce prozdrowotnej państwa⁸².

Podsumowanie

W Polsce nie ma wypracowanego kompleksowego systemu leczenia osób uzależnionych od alkoholu, który sprawnie i bez zbędnej zwłoki wspomagałby jednostkę w procesie leczenia. Obowiązujące rozwiązania wykazują liczne mankamenty, które w praktyce zmniejszają szanse na skuteczną terapię osób dotkniętych problemem alkoholowym. Należy podkreślić, że podejmowane działania w ramach Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011–2015 również w istotny sposób nie przyczyniły się do poprawy jakości funkcjonowania instytucji zajmujących się uzależnieniami w obszarze leczenia, rehabilitacji, ograniczania szkód zdrowotnych i reintegracji społecznej. W tym

⁷⁹ <https://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/leczenie-w-wiezieniu>, [dostęp: 13.5.2023 r.].

⁸⁰ <https://www.sw.gov.pl/strona/Statystyka>, [dostęp: 5.10.2023 r.].

⁸¹ M. Staniaszek, *Lecznictwo odwykowe w Polsce – sukcesy i wyzwania*, [w:] K. Gąsior, J. Chodkiewicz (red.), *Leczenie alkoholików i członków ich rodzin. Perspektywa badawcza i praktyczna*, Kielce 2010, s. 139–140.

⁸² J. Fudala, *Jak pomagać osobom pijącym alkohol ryzykownie i szkodliwie*, Warszawa 2008, s. 6.

kontekście należy podkreślić, że aktualnie obowiązująca formuła instytucjonalnego zobowiązania do leczenia jest w świetle wiedzy naukowej nieefektywna. W wielu krajach taki model leczenia został zastąpiony bardziej skuteczną dobrowolną terapią odwołującą się do pozytywnych motywacji osoby uzależnionej, przy aktywnym wsparciu rodziny i grup samopomocowych. W tym kontekście należy rozważyć deinstytucjonalizację leczenia osób uzależnionych, gdzie kluczową rolę odgrywają placówki całodobowe długookresowego pobytu – do organizowania wsparcia w sposób środowiskowy, z wykorzystaniem infrastruktury usług społecznych oraz zasobów lokalnych społeczności⁸³.

Bibliografia

- Anderson P., Baumberg B., *Wnioski i zalecenia. Alkohol w Europie*, Warszawa 2007.
- Cendrowicz D., *Postępowanie w stosunku do osób nadużywających alkoholu oraz osób uzależnionych od środków odurzających bądź psychotropowych*, „Zeszyty Naukowe Instytutu Administracji Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie; Gubernaculum et Administratio” 2013, nr 2 (8).
- Czerkawska A., *Komentarz do ustawy o wychowywaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Współpraca z organizacjami pozarządowymi* [w:] Dąbrowska K., Łukowska K., Czerkawska A. (red.), *Zadania i kompetencje gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Aspekty prawne i praktyka działania*, Warszawa 2012.
- Frąckowiak M., Motyka M., *Przeciwdziałanie problemom alkoholowym – przegląd oddziaływań mogących wzajemnie się uzupełniać*, „Hygeia Public Health” 2015, nr 50(2).
- Fudala J., *Jak pomagać osobom pijącym alkohol ryzykownie i szkodliwie*, Warszawa 2008.
- Hoffman B., *Lecznictwo odwykowe a deinstytucjonalizacja opieki medycznej*, wydanie elektroniczne,
https://uodi.uw.edu.pl/wp-content/uploads/2023/01/Ekspertyza_UODI_BHoffmann_2022.pdf.
- Jaworska-Dębska B., *Spór wokół modelu polskiej regulacji alkoholowej*, Łódź 1995.

⁸³ B. Hoffman, *Lecznictwo odwykowe a deinstytucjonalizacja opieki medycznej*, https://uodi.uw.edu.pl/wp-content/uploads/2023/01/Ekspertyza_UODI_BHoffmann_2022.pdf, [dostęp: 3.11.2023 r.].

- Kabata B., *Trudności w leczeniu uzależnienia od alkoholu z praktyki lekarza rodzinnego na wsi*, „Hygeia Public Health” 2011, nr 46(3).
- Kmieciak B., *Przymus leczenia osób uzależnionych od alkoholu: perspektywa dylematów prawnoetycznych*, „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio” 2017, nr 31(3).
- Kryński M. J., *Normatywne i doktrynalne podstawy kształtowania się idei odrębnego postępowania ze skazanymi uzależnionymi od alkoholu w Polsce w latach 1918–1969*, „Civitas et Lex” 2012, nr 2(30).
- Łukowska K., Okulicz-Kozaryn K., *Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – w poszukiwaniu optymalnego modelu* [w:] Zdziarski M. (red.), *Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Praktyczne wskazówki dla samorządów*, Warszawa 2009.
- Miturska E., Dąbrowska K., *Leczenie uzależnienia od alkoholu w Polsce w latach 1982–2005*, „Alkoholizm i Narkomania” 2009, nr 4(22).
- Morawski J., *Mały poradnik profilaktyki dla gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych*, „Problemy Alkoholizmu” 2004, nr 3–4.
- Skrzydło-Niżnik I., Zalas G., *Ustawa o nychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Komentarz. Doktryna. Orzecznictwo*, Kraków 2002.
- Ślarczyński T., Stradomska M., *Instytucja przymusowego leczenia jednostki w aspekcie przepisów prawnych i teorii psychologicznych*, „Studenckie Prace Prawnicze, Administratywistyczne i Ekonomiczne” 2017, nr 22.
- Staniaszek M., *Lecznictwo odwykowe w Polsce – sukcesy i wyzwania*, [w:] Gašior K., Chodkiewicz J. (red.), *Leczenie alkoholików i członków ich rodzin. Perspektywa badawcza i praktyczna*, Kielce 2010.
- Staud E., *Praktyczne aspekty leczenia alkoholików w warunkach więziennych*, „Państwo i Społeczeństwo” 2018, nr 4.
- Wawryn M., *Doprowadzenie osoby w celu wytrzeźwienia*, Materiały dydaktyczne, Centrum Szkolenia Policji Legionowo, 2018, nr 169.
- Włodarczyk E., *Osoby uzależnione od alkoholu w polskim systemie (?) wsparcia społecznego* [w:] Spętana J., Krzysztofiak D., Włodarczyk E. (red.), *Od wykluczenia do wsparcia. W przestrzeni współczesnych problemów społecznych*, Kraków 2016.
- Wojciechowski Ł., *Prewencja zagrożeń bezpieczeństwa społecznego na przykładzie działalności Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych*, „Zeszyty Naukowe WSEI seria: ADMINISTRACJA” 2016, nr (6)1.
- Woronowicz B. T., *Na zdrowie. Jak poradzić sobie z uzależnieniem od alkoholu*, Poznań 2008.
- Zgliczyński W. S., *Alkohol w Polsce*, „Infos”, 16.06.2016, nr11(215), Biuro Analiz Sejmowych 2016.

Summary

Selected legal and organisational aspects of alcohol dependence treatment in Poland

Alcoholism is one of the most widespread problems in the world today. Research into the disease indicates that alcoholism has a multifactorial basis, combining a genetic predisposition with a variety of environmental factors, including psychological and sociological aspects. The consequences of alcoholism not only affect the addict, but have an impact on family and work relationships. As a result, state institutions are taking measures aimed at getting the alcohol-dependent person into treatment. The aim of this article is to present the current model of addiction treatment in Poland, the framework of which was developed in the early 1980s, and to assess whether the system brings specific therapeutic benefits and is economically efficient.

Keywords: alcoholism, treatment of addicts, organisation of treatment, legislation