



**PAP**

# **Rekomendacje** do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w **2012** roku

# Rekomendacje

do realizowania  
i finansowania gminnych programów  
profilaktyki i rozwiązywania  
problemów alkoholowych w 2012 roku



Zespół redaktorów i recenzentów:  
Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Projekt okładki:  
Marcin Gwiazda

Projekt graficzny wnętrza, skład i łamanie:  
Joanna Goriaczko

Copyright © Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

ISBN 978-83-88075-00-1

Wydanie I  
Warszawa 2011

Druk i oprawa:  
Opolgraf SA

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

02-326 Warszawa

Al. Jerozolimskie 155

fax: (48 22) 250 63 60,

tel: (48 22) 250 63 25, 250 63 26

e-mail: [parpa@parpa.pl](mailto:parpa@parpa.pl);

<http://www.parpa.pl>

Publikacja wykonana na zlecenie  
Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych  
przez Wydawnictwo Edukacyjne P ARPAMEDIA

[www.wydawnictwo.parpamedia.pl](http://www.wydawnictwo.parpamedia.pl)

# SPIS TREŚCI

## **Rozdział I**

Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu ..... 5

## **Rozdział II**

Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie ..... 27

## **Rozdział III**

Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży – w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych ..... 41

## **Rozdział IV**

Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych ..... 57

## **Rozdział V**

Podjęcie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13<sup>1</sup> i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego ..... 61

## **Rozdział VI**

Wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej ..... 63

## **Rozdział VII**

Instytucja zobowiązania do leczenia odwykowego ..... 65

## **Rozdział VIII**

Kompetencje członków gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych ..... 71

## **Rozdział IX**

Dodatkowe informacje prawno-finansowe ..... 73



# ROZDZIAŁ I

## Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu

### Wprowadzenie

Postępując się wynikami polskich badań epidemiologicznych, liczbę osób uzależnionych w Polsce można oszacować na ok. 850 tys., zaś osób pijących alkohol szkodliwie na ok. 3,6 mln.

Na mocy artykułu 21 Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473 ze zm.) leczenie osób uzależnionych od alkoholu odbywa się w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne i jest bezpłatne.

Uzależnienie od alkoholu jest zaburzeniem psychicznym i zaburzeniem zachowania, które diagnozuje się w oparciu o Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja X (ICD X). W procesie diagnozowania uczestniczą lekarze psychiatry, specjaliści psychoterapii uzależnień i psychologowie z doświadczeniem klinicznym. Do ostatecznego postawienia rozpoznania uzależnienia od alkoholu uprawniony jest lekarz.

Podstawową metodą leczenia osoby uzależnionej od alkoholu jest psychoterapia grupowa i indywidualna. Leczenie medyczne ma wymiar wspomagający psychoterapię i skierowane jest na usuwanie powikłań spowodowanych szkodliwym używaniem alkoholu (w tym leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych) oraz farmakologiczne wsparcie oddziaływań psychoterapeutycznych. Zważywszy na niepożądane działania uboczne disulfiramu (Anticol, Esperal), nigdy nie powinien on być w leczeniu osób uzależnionych ofertą jedyną czy podstawową. Anticol (tabletki) może być zalecany czasowo i tylko pod kontrolą lekarza jako wsparcie oddziaływań psychologicznych czy psychoterapeutycznych u osób mających trudność z utrzymaniem abstynencji. Esperal (implant) w ogóle nie powinien być stosowany z powodu dowiedzionej nieskuteczności.

Zalecane jest, aby – poza uczestnictwem w profesjonalnej psychoterapii uzależnienia – osoby uzależnione angażowały się również w ofertę ruchów samopomocowych, przede wszystkim aby uczestniczyły systematycznie w mitingach Anonimowych Alkoholików (AA) oraz zajęciach organizowanych przez stowarzyszenia abstynenckie. Samo uczestnictwo w ruchach samopomocowych nie zastępuje jednak psychoterapii uzależnienia.

### Wspieranie placówek leczenia uzależnienia od alkoholu

Poziom finansowania świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w obszarze leczenia uzależnienia od alkoholu nie zabezpiecza realnego popytu na te świadczenia, co może skutkować:

- ograniczeniem dostępności świadczeń (długi okres oczekiwania na wizytę lub miejsce w oddziale, krótkie godziny pracy poradni, mała intensywność świadczeń psychoterapeutycznych)
- zmniejszonym zatrudnieniem specjalistów
- ograniczeniem kompleksowości opieki terapeutycznej (realizacja głównie podstawowego programu terapii uzależnienia od alkoholu i brak albo zaledwie fragmenty pogłębionej psychoterapii uzależnienia)
- niższą jakością leczenia (poradnictwo zamiast programów psychoterapii uzależnienia od alkoholu, brak indywidualizacji ofert terapeutycznych, mało (lub brak) osób posiadających certyfikaty specjalistów psychoterapii uzależnień).

Wielkość środków przekazywanych przez NFZ na leczenie osób uzależnionych nie nadąża za rosnącą liczbą osób zgłaszających się na leczenie. Szeroka dostępność i wysoka jakość profesjonalnej terapii uzależnień warunkuje skuteczność wszystkich innych działań podejmowanych na rzecz osób z problemem alkoholowym i członków ich rodzin. Jeśli na terenie gminy działa placówka leczenia uzależnienia od alkoholu, zadaniem samorządu terytorialnego jest udzielenie jej takiego wsparcia, jakie pozwalałoby na realizację efektywnych programów psychoterapii uzależnienia i współuzależnienia. Jeżeli zaś na terenie gminy nie ma tego typu placówki, samorząd terytorialny powinien zapewnić dostęp swoim mieszkańcom do usług najbliższej placówki odwykowej i sprawdzić, jakiego typu działania wspierające mogłyby podnieść efektywność świadczonych przez nią usług. Gdy odległość do najbliższej placówki uniemożliwia mieszkańcom gminy podejmowanie regularnej terapii, należy rozważyć możliwość utworzenia takiej placówki samodzielnie (gminy powyżej 25 tys. mieszkańców) lub w porozumieniu z innymi gminami.

Nie rekomenduje się finansowania ze środków gminnego programu przejazdu osób uzależnionych do placówek leczenia uzależnienia. O środki na ten cel osoby uzależnione mogą się starać w Ośrodku Pomocy Społecznej, na podstawie art. 36 ust. 2 pkt b w związku z art. 17 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362 ze zm.), zgodnie z którym do obowiązkowych zadań własnych gminy z zakresu pomocy społecznej należy przyznawanie zasiłków celowych w formie biletu kredytowanego.

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

#### **A. Przekazywanie środków publicznych podmiotom prowadzącym działalność leczniczą przez jednostki samorządu terytorialnego na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654 ze zm.)**

W dniu 1 lipca 2011 r. weszła w życie ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654 ze zm.). **Ustawa ta wprowadziła bardzo istotne zmiany dotyczące przekazywania środków publicznych podmiotom prowadzącym działalność leczniczą.**

W pierwszej kolejności zaznaczyć należy, iż **pozyskiwanie środków publicznych przez podmioty prowadzące działalność leczniczą nie jest zróżnicowane rodzajem danego podmiotu ani jego formą organizacyjno-prawną**. Warto przypomnieć, iż zgodnie z obowiązującą uprzednio ustawą o zakładach opieki zdrowotnej odmiennie ukształtowano możliwości pozyskiwania środków publicznych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej, inaczej zaś przez zakłady niepubliczne.

Obecnie **środki publiczne mogą być przekazywane wszystkim podmiotom leczniczym**, a zatem zgodnie z art. 4 w/w ustawy:

1. przedsiębiorcom w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej,
2. samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej,
3. jednostkom budżetowym, w tym państwowym jednostkom budżetowym tworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadającym w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
4. instytutom badawczym,
5. fundacjom i stowarzyszeniom, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,
6. kościołom, kościelnym osobom prawnym lub związkom wyznaniowym – w zakresie, w jakim realizują zadania w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. **Kryterium przekazywania środków nie jest zatem forma organizacyjno-prawna podmiotu czy jego organ założycielski, a jedynie fakt, iż realizuje on świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych**. Decydując zatem o przekazaniu środków publicznych danemu podmiotowi gmina nie musi kierować się tym, czy jest organem założycielskim danego podmiotu, a jedynie tym, czy dany podmiot wykonuje świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych dla jej mieszkańców.

Kolejna doniosła zmiana wiąże się z faktem, iż odmiennie niż to miało miejsce w dotychczasowym stanie prawnym wśród katalogu zadań, na realizację których podmioty lecznicze mogą otrzymywać środki publiczne ustawa nie wymienia zakupu świadczeń zdrowotnych.

Zmiana ta ma charakter o tyle fundamentalny, iż jak wynika z danych zgromadzonych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych samorządy gminne tylko w 2010 r. przekazały na zakup świadczeń zdrowotnych 70% z łącznej kwoty 35 mln zł przeznaczonej na realizację – określonego w art. 4<sup>1</sup> ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alko-



holizmowi – zadania zwiększania dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu.

**Wobec istotnej dla systemu wspierania lecznictwa odwykowego roli zakupu usług zdrowotnych przez jednostki samorządu terytorialnego Państwa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych zwróciła się do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o zajęcie stanowiska w sprawie uznania dopuszczalności dokonywania zakupu świadczeń zdrowotnych od podmiotów leczniczych w oparciu o zawartą w ustawie o działalności leczniczej przesłankę realizacji celów określonych w odrębnych przepisach – w kontekście wspomnianego powyżej nałożonego na samorząd gminny ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi zadania zwiększania dostępności pomocy terapeutycznej dla osób uzależnionych od alkoholu.**

**Ministerstwo Zdrowia sformułowało w tej kwestii następującą opinię „na podstawie art. 114 ust 1 pkt 5 ustawy o działalności leczniczej, podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne z przeznaczeniem na cele określone w odrębnych przepisach. Celem takim w omawianym przypadku jest zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu, a podstawę uzyskania środków publicznych stanowi ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473, z późn. zmianami)”.**

Oznacza to zdaniem PARPA, iż nałożone na gminę zadanie **zwiększania dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu może przybrać inne formy niż wynikające z art. 114 ust. 1 pkt 1–4, 6–7 ustawy o działalności leczniczej, zaś gmina w zakresie realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych posiada pewną swobodę w zakresie określania form wspierania podmiotów wykonujących działalność leczniczą.**

**Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne z przeznaczeniem na:**

- 1) realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań;
- 2) remonty;
- 3) inne niż określone w pkt 1 inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego;
- 4) realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), lub innych niż wymienione środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach;

- 5) cele określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych;
- 6) realizację programów wieloletnich;
- 7) pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne.

Podmiot leczniczy może otrzymywać środki publiczne na realizację programów zdrowotnych, remontów oraz inwestycji w zakresie w jakim realizacja tych zadań służy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wysokość przekazanych środków publicznych nie może jednak przekroczyć wysokości kosztów koniecznych do realizacji całości zadania.

Wysokość dotacji oblicza się na podstawie następującego wzoru:

$$W = K \times P_0$$

gdzie współczynnik  $P_0 = \frac{a_0}{a_0 + b_0}$ , a poszczególne symbole oznaczają:

$W$  – wysokość środków publicznych,

$K$  – planowany koszt realizacji zadania,

$a_0$  – przychody podmiotu wykonującego działalność leczniczą z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uzyskane w poprzednim roku obrotowym

$b_0$  – przychody podmiotu wykonującego działalność leczniczą z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków innych niż określone dla symbolu „ $a_0$ ” uzyskane w poprzednim roku obrotowym.

Środki finansowe przekazywane są na podstawie umowy zawierającej co najmniej:

- 1) szczegółowy opis zadania, w tym cel, na jaki środki zostały przyznane i termin jego wykonania;
- 2) wysokość środków finansowych;
- 3) sposób płatności środków finansowych;
- 4) termin wykorzystania środków finansowych, nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia danego roku budżetowego;
- 5) tryb kontroli wykonywania zadania;
- 6) termin i sposób rozliczenia przyznanych środków finansowych;
- 7) termin zwrotu niewykorzystanej części środków finansowych, nie dłuższy niż 15 dni od określonego w umowie dnia wykonania zadania, a w przypadku zadania realizowanego za granicą – 30 dni od tego dnia.

**Zapisy nowej ustawy o działalności leczniczej sprawiają, iż realizacja programów zdrowotnych staje się jedną z podstawowych form wspierania finansowego działalności podmiotów leczniczych w zakresie leczenia odwykowego. Dlatego też zdaniem PARPA szczególnie celowe staje się zwrócenie przez samorzady uwagi na tę formę przekazywania środków publicznych.**

## B. Zakup programów zdrowotnych

Przez programy zdrowotne rozumieć należy, zgodnie z art. 5 pkt 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.), zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawie stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z art. 48 w/w ustawy programy zdrowotne dotyczą w szczególności:

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

Należy zatem pamiętać, iż program zdrowotny to pojęcie szersze niż program profilaktyczny. **Program zdrowotny dotyczy zarówno działań profilaktycznych, jak i leczniczych.**

Co istotne, **projekty programów zdrowotnych wdrażanych przez ministrów i jednostki samorządu terytorialnego podlegają obowiązkowi przekazania celem ich zapiniowania do Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM)**. Agencja sporządza opinię w sprawie projektu programu zdrowotnego w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania projektu tego programu, kierując się między innymi priorytetami zdrowotnymi określonymi rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. o priorytetach zdrowotnych (Dz.U. Nr 137, poz. 1126), którymi są między innymi:

- 1) zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych;
- 2) ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych:
  - a) spożywaniem alkoholu,
  - b) używaniem substancji psychoaktywnych,
  - c) paleniem tytoniu.

Agencja (AOTM) ocenia także:

- 1) wpływ na poprawę zdrowia obywateli przy uwzględnieniu wskaźników zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określonych na podstawie aktualnej wiedzy medycznej;
- 2) skutki następstw choroby w szczególności prowadzących do:
  - a) przedwczesnego zgonu,
  - b) niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,

- c) niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
  - d) przewlekłego cierpienia lub przewlekłej choroby,
  - e) obniżenia jakości życia;
- 3) znaczenie dla zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu konieczności:
    - a) ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia,
    - b) ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia,
    - c) zapobiegania przedwczesnemu zgonowi,
    - d) poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość;
  - 4) skuteczność kliniczną i bezpieczeństwo;
  - 5) stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego;
  - 6) stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych;
  - 7) skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Użyte w ustawie pojęcie „programów wieloletnich” interpretować należy przez pryzmat art. 136 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. Nr 157, poz. 1240 ze zm.), zgodnie z którym „Programy wieloletnie są ustanawiane przez Radę Ministrów w celu realizacji strategii przyjętych przez Radę Ministrów, w tym w zakresie obronności i bezpieczeństwa państwa. Rada Ministrów, ustanawiając program, wskazuje jego wykonawcę.”; a także uregulowań wyżej wymienionej ustawy, zgodnie z którymi programy wieloletnie stanowią integralną część wieloletniej prognozy finansowej jednostki samorządu terytorialnego.

## Przygotowanie projektów programów zdrowotnych do opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych

Projekt programu zdrowotnego powinien odnosić się do dobrze zdefiniowanego działania prozdrowotnego i do jednoznacznie określonej grupy docelowej oraz musi być dostosowany do warunków lokalnych (regionalnych). Powinien on uwzględniać zmierzony lub oszacowany na podstawie dostępnych publikacji dane, dotyczące problemu zdrowotnego, epidemiologii i poziomu skuteczności planowanych działań. Może być programem długoterminowym, w tym także wieloletnim.

Programem zdrowotnym **nie jest m.in.:**

- strategia ogólna (np. gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych)
- lista inicjatyw realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego (np. wszystkie projekty dotyczące osób uzależnionych realizowane na terenie gminy)

- program dla różnych grup odbiorców lub odnoszący się do różnych problemów (np. program terapii dla osób uzależnionych, współuzależnionych, doznających przemocy i DDA)
- lista świadczeń zdrowotnych nie będąca całościowym programem zdrowotnym (np. 500 sesji terapii indywidualnej dla dowolnych pacjentów poradni X).

**Programem zdrowotnym** przedstawianym do zaopiniowania w zakresie leczenia uzależnień **może być** np.:

- program podstawowy i/lub pogłębiony psychoterapii uzależnienia od alkoholu
- program opieki szpitalnej dla pacjentów po ukończonym leczeniu w całodobowych lub dziennych oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu
- program psychoterapii uzależnienia dla młodzieży
- program psychoterapii dla ofiar przemocy realizowany w placówce lecznictwa odwykowego
- trening asertywnych zachowań abstynenckich dla osób uzależnionych
- program zapobiegania nawrotom dla osób uzależnionych, które ukończyły podstawowy program terapii uzależnień
- trening zachowań konstruktywnych dla osób uzależnionych
- program psychoterapii dla osób współuzależnionych
- program wczesnego rozpoznawania problemów alkoholowych pacjentów i krótkiej interwencji wobec osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie, realizowany poza placówkami leczenia uzależnienia – w podstawowej lub specjalistycznej opiece zdrowotnej
- i inne podobne.

O opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych na temat programu zdrowotnego może wystąpić jedynie minister lub jednostka samorządu terytorialnego. **Agencja (AOTM) nie ocenia programów przesyłanych przez podmioty lecznicze.**

Agencja (AOTM) sporządza opinię w sprawie projektu programu zdrowotnego w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania projektu, kierując się kryteriami ustawowymi (art. 51 a ust 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) w tym m.in. priorytetami zdrowotnymi określonymi rozporządzeniem Ministra Zdrowia o priorytetach zdrowotnych (gdzie wymienia się m.in. ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych spożywaniem alkoholu i używaniem substancji psychoaktywnych).

Opinia AOTM nie ma charakteru wiążącego. Podmiot, na którym ciąży obowiązek zasięgnięcia opinii w sprawie projektu programu zdrowotnego, nie jest związany treścią opinii i nie jest zobowiązany do stosowania się do uwag w niej zawartych. Podmiot ten zobligowany jest jedynie do przeanalizowania i ewentualnie wzięcia jej pod uwagę przy tworzeniu, zakupie i realizacji programu zdrowotnego.

## Konstrukcja projektu programu zdrowotnego

Schemat programu zdrowotnego i wskazówki dotyczące jego opisu można znaleźć na stronie internetowej Agencji Oceny Technologii Medycznych [www.aotm.gov.pl](http://www.aotm.gov.pl) w zakładce „Samorządowe programy zdrowotne”. Przed przystąpieniem do opracowania programu warto zapoznać się z zaleceniami AOTM oraz z przykładowymi opiniami o innych programach przedstawionymi na w/w stronie internetowej. Przegląd wydanych opinii (nawet dotyczących całkiem innej tematyki) pomaga uniknąć najpoważniejszych błędów przy pisaniu własnego projektu.

Projekt programu zdrowotnego przekazywany do zaopiniowania Agencji (AOTM) powinien zawierać:

- dokładne określenie problemu zdrowotnego lub czynnika ryzyka, którego dotyczy program,
- zaprojektowanie programu zgodnie z charakterystyką, potrzebami i preferencjami grupy docelowej, dla której program jest przeznaczony,
- włączenie do programu jedynie działań o udowodnionej skuteczności,
- optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów (finansowych, organizacyjnych, kadrowych),
- zaplanowanie działań oceniających efektywność podjętych interwencji.

Program zdrowotny składa się z następujących elementów (rozdziałów):

1. opis problemu zdrowotnego
2. cele programu
3. określenie adresatów programu
4. organizacja programu
5. kosztorys programu
6. opis monitorowania i ewaluacji
7. okres realizacji programu.

**Opis problemu zdrowotnego** to krótkie przedstawienie problemu, będącego zagrożeniem dla stanu zdrowia lub jakości życia. Należy w tym miejscu uwzględnić jego szacunkowe nasilenie (np. obecna liczba chorych na terenie regionu, którego dotyczy projekt) oraz, o ile to możliwe, regionalne dane epidemiologiczne (wskaźniki zapadalności, chorobowości, śmiertelności). W przypadku braku danych regionalnych należy podać szacunkowe dane na podstawie badań krajowych lub międzynarodowych z uzasadnieniem ich użycia. Powołując się na wyniki badań naukowych należy pamiętać o podaniu ich źródeł. W przypadku programów kierowanych do osób uzależnionych i współuzależnionych można powołać się między innymi na badania wymieniane na stronie internetowej PARPA: [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl) (w zakładce „Analizy, badania, raporty”) lub Rocznik Statystyczny Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Kolejnym ważnym elementem jest opis populacji, do której adresowany jest program (czyli populacji, która byłaby objęta idealnym programem, gdyby nie było ograniczeń finansowych ani organizacyjnych na terenie podległym jednostce samorządu) oraz określenie, w jakim stopniu świadczenia opieki zdrowotnej proponowane w ramach programu są dostępne w placówkach finansowanych przez NFZ (uwaga – AOTM zwraca baczna uwagę, by opisywane świadczenia nie były podwójnie finansowane: przez samorząd lokalny i NFZ). Na podstawie wszystkich opisanych w tym punkcie danych należy na koniec uzasadnić potrzebę wdrożenia programu (np. ograniczoną dostępnością świadczeń).

**Cele programu** powinny odpowiadać zarówno rozległości problemu zdrowotnego, jak i możliwościom programu oraz samorządu. Opis celów powinien zaczynać się od podania celu głównego – realistycznego, zgodnego z planowanymi działaniami i długoterminowego np. zwiększenie dostępności konkretnych świadczeń. W ramach tego celu powinien pojawić się dalej opis celów szczegółowych, czyli konkretnych efektów, możliwych do osiągnięcia przy użyciu proponowanych w programie metod działania. W tym punkcie projektu przedstawia się też oczekiwane efekty w odniesieniu do wymienionych już celów, uwzględniając realne możliwości realizatorów programu oraz mierniki efektywności odpowiadające tym celom.

**Adresaci programu** to cała populacja, której udział w programie jest możliwy (przy uwzględnieniu posiadanych środków finansowych, zasobów oraz możliwości dotarcia). Opisując te grupę należy odnieść się do informacji o populacji regionu podanej w rozdziale „opis problemu zdrowotnego”. Jeżeli do programu włączeni mają być nie wszyscy potencjalni odbiorcy, lecz jedynie jakaś ich część, należy opisać kryteria kwalifikacji do programu oraz sposób postępowania wobec osób niezakwalifikowanych. Szczególną uwagę trzeba w tym miejscu zwrócić na sposoby dotarcia do adresatów programu.

**Organizacja programu** to najobszerniejszy rozdział projektu. Rozpoczyna się on dokładnym opisem części składowych, etapów i działań organizacyjnych. Należy w szczególności rozważyć, jakiego typu działania są adekwatne do przedstawionego problemu zdrowotnego. Ponadto czy wystarczające są w tym przypadku działania krótkoterminowe, czy też do osiągnięcia oczekiwanych efektów niezbędne są działania długoterminowe (wtedy zalecane jest tworzenie programu wieloletniego). Opis organizacji programu powinien przechodzić od zagadnień ogólnych (etapy programu) do coraz bardziej szczegółowych (opis stosowanych w programie działań np. konsultacja lekarska, udział w zajęciach psychoedukacyjnych).

W przypadku działań psychoterapeutycznych należy opisać rodzaj interwencji i jej skuteczność w odniesieniu do wybranego problemu (np. psychoterapia poznawczo-behawioralna w leczeniu uzależnienia). Jeżeli program przewiduje stosowanie produktów leczniczych lub wyrobów medycznych, należy wymienić wszystkie dostępne produkty lecznicze właściwe do wykorzystania w programie i zasady wyboru konkretnego preparatu, który zostanie zastosowany. Jeżeli w przedstawianym programie zdrowotnym stosowane będą leki, należy wymienić ich działania niepożądane.

Kolejnym elementem organizacyjnym są kryteria i sposób kwalifikacji uczestników do programu. Ważny jest tu opis zasad przechodzenia przez kolejne etapy programu oraz zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji uzyskiwania świadczeń zdrowotnych dostępnych w ramach programu (jeżeli istnieją do tego wskazania).

Istotnym elementem programu zdrowotnego jest sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych. Należy opisać, czy działania programu wspierają lub uzupełniają świadczenia zdrowotne dostępne w ramach NFZ i jeśli tak, to w jaki sposób.

Kolejnym elementem opisu jest określenie warunków niezbędnych do realizacji programu, w tym kwalifikacji realizatorów i warunków niezbędnych do pomyślnej realizacji zadań (można w tym miejscu odnieść się do standardów NFZ określających warunki wykonywania świadczeń gwarantowanych).

Ostatnim elementem organizacyjnym jest przedstawienie dowodów skuteczności planowanych działań. Można w tym celu posłużyć się opiniami ekspertów klinicznych (z podaniem danych eksperta), zaleceniami klinicznymi dotyczącymi postępowania w danym problemie zdrowotnym w oparciu o normy krajowe lub zagraniczne lub danymi dotyczącymi podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w innych jednostkach samorządu terytorialnego (jeżeli są dostępne).

**Koszty** powinny uwzględniać wysokość samorządowych środków publicznych przeznaczonych na realizację programu oraz argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne (innymi słowy na czym opierał się samorząd podejmując decyzję o finansowaniu tego, a nie innego programu zdrowotnego). Należy także przedstawić koszty jednostkowe, np.: zestawienie świadczeń oferowanych w programie oraz koszty jednostkowe świadczeń albo średnie koszty w przeliczeniu na jednego uczestnika programu.

**Monitorowanie i ewaluacja** opisywana jest na trzech płaszczyznach:

- oceny zgłaszalności do programu
- oceny jakości świadczeń w programie (np. specjalistyczna ocena eksperta lub ankieta satysfakcji uczestnika)
- ocena efektywności programu dotycząca porównania stanu końcowego w zakresie danego problemu zdrowotnego ze stanem wyjściowym, zgodna z miernikami efektywności opisanymi w rozdziale „cele programu”.

**Okres realizacji** programu powinien być adekwatny do problemu zdrowotnego i celów programu, z uwzględnieniem momentu włączania uczestników (np. jeżeli uczestnik w ramach programu powinien mieć zagwarantowane długotrwałe świadczenia, a program przewidziany jest na 1 rok, to uczestników należy rekrutować tylko na początku programu). Można też opisać warunki przedłużenia programu na kolejne okresy.



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

**Rekomendowane do zakupu przez samorzządy programy zdrowotne, realizowane w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu dla osób uzależnionych:**

### **● Programy psychoterapii uzależnienia od alkoholu**

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

- program podstawowy, trwający od 6 do 8 tygodni w oddziałach całodobowych i dziennych lub ok. 6 miesięcy w placówkach ambulatoryjnych, którego celem jest rozpoznanie uzależnienia, zbudowanie motywacji do leczenia i podjęcia nauki życia na trzeźwo,
- program pogłębiony, trwający od czasu ukończenia programu podstawowego, od 12 do 18 miesięcy, którego celem jest nauka zapobiegania nawrotom czynnego uzależnienia, nauka radzenia sobie bez alkoholu z emocjami, relacjami, zadaniami życiowymi.

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

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

Poziom finansowania świadczeń leczenia uzależnień przez NFZ zabezpiecza najczęściej realizację tylko podstawowego programu psychoterapii uzależnienia lub tylko części świadczeń w ramach programu podstawowego. Rekomenduje się zakup pogłębionego programu terapii uzależnienia lub elementów brakujących programu podstawowego lub pogłębionego tak, aby pacjenci otrzymali pełną, kompleksową, a nie tylko podstawową ofertę leczenia.

### **● Programy terapii dla młodzieży uzależnionej i zagrożonej uzależnieniem**

Obserwacja praktyki terapeutycznej wskazuje na rosnące zapotrzebowanie na ofertę terapii dla młodzieży używającej alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Programy terapii dla młodzieży nie mogą opierać się na tych samych założeniach, co

programy terapii dla osób dorosłych, tym bardziej, że większość pijących alkohol czy biorących narkotyki młodych ludzi nie jest uzależniona. Młodzież wymaga innego podejścia, uwzględnienia w programie faktu używania różnych substancji psychoaktywnych, specyfiki wieku rozwojowego, konstruktywnego zagospodarowania wolnego czasu, uczestniczenia w grupach rówieśniczych. W pracy z młodymi ludźmi ważne z terapeutycznego punktu widzenia są wyjazdy terapeutyczne, turnusy rehabilitacyjne, zajęcia treningowe. Integralną część programu powinny stanowić również zajęcia edukacyjno-terapeutyczne dla rodziców/opiekunów oraz praca z całą rodziną.

Programy zdrowotne dla dzieci i młodzieży są dłuższe i droższe, a ponieważ NFZ nie różnicuje kosztów leczenia osób dorosłych i niepełnoletnich warto zakupić elementy tych programów jako programy zdrowotne poddając je ocenie AOTM.

### ● **Programy pomocy psychologicznej i psychoterapii dla ofiar i sprawców przemocy domowej**

Z badań wynika, że  $\frac{2}{3}$  uzależnionych mężczyzn to sprawcy przemocy, a wśród uzależnionych i współuzależnionych kobiet –  $\frac{2}{3}$  to ofiary przemocy. Dlatego niezwykle istotne jest, aby w placówkach leczenia uzależnień prowadzono wstępną diagnozę zjawiska przemocy domowej u każdego nowego pacjenta. W niektórych placówkach prowadzone są programy terapii dla ofiar przemocy domowej oraz programy terapii dla sprawców. Gmina powinna wspierać finansowo zakup tych programów, a także wyposażać biblioteczki placówek w publikacje o tematyce przemocy ([www.wydawnictwo.parpamedia.pl](http://www.wydawnictwo.parpamedia.pl)) oraz zadbać o przeszkolenie w tym kierunku wybranych pracowników lecznictwa odwykowego.

## **Inne rekomendowane przez PARPA formy dofinansowania placówek leczenia uzależnienia od alkoholu**

### ● **Dofinansowywanie kształcenia pracowników lecznictwa odwykowego**

Gmina powinna dofinansowywać szkolenia terapeutów, odbywające się w ramach podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników lecznictwa odwykowego. Szczególnie szkolenia obowiązkowe w ramach „Programu uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w zakładach lecznictwa odwykowego”. Podstawą prawną stosowaną w tym przypadku jest zapis w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia kładzie coraz większy nacisk na posiadanie certyfikatów zarówno specjalisty, jak i instruktora terapii uzależnień. Od stopnia zaawansowania procesu kształcenia NFZ uzależnia także liczbę zakontraktowanych świadczeń oraz wysokość stawek płaconych za poszczególne usługi.

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

Zespół terapeutyczny powinien być interdyscyplinarny i składać się ze specjalistów psychoterapii uzależnień, lekarzy, psychologów, psychoterapeutów oraz instruktora-

rów terapii uzależnień. W zakładach stacjonarnych lub w oddziale leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych w skład zespołu terapeutycznego wchodzi także pielęgniarki, a niekiedy również pracownik socjalny. Odrębne miejsce w zespole zajmuje psycholog, którego zadaniem jest dokonywanie pogłębionej diagnozy psychologicznej, podejmowanie interwencji kryzysowych oraz udzielanie pomocy psychologicznej. Zadaniem psychoterapeutów (osób posiadających certyfikaty Polskiego Towarzystwa Psychologicznego lub Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, lub mających zaświadczenia o ukończeniu innych szkół w zakresie psychoterapii) jest przede wszystkim praca z rodziną osób uzależnionych, dorosłymi dziećmi alkoholików (DDA) oraz praca z osobami uzależnionymi i współuzależnionymi w zakresie leczenia zaburzeń emocjonalnych.

Instruktor terapii uzależnień nie prowadzi psychoterapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia, lecz wykonuje określone świadczenia zdrowotne w procesie leczenia osób uzależnionych: udziela porad i prowadzi wybrane sesje terapii grupowej. Ponadto nie może on pracować samodzielnie, tylko w zespole pod merytorycznym nadzorem specjalisty psychoterapii uzależnień.

W placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu zatrudnieni są specjaliści psychoterapii uzależnień (osoby posiadające certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień nadany przez Dyrektora PARPA) i instruktorzy terapii uzależnień (osoby posiadające certyfikat instruktora terapii uzależnień nadany przez Dyrektora PARPA) oraz osoby pozostające w Programie szkoleniowym prowadzącym do uzyskania tychże certyfikatów. I tak:

1. Specjalista psychoterapii uzależnień posiada:

- tytuł zawodowy lekarza, tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub tytuł zawodowy magistra nauk humanistycznych, społecznych lub pedagogiki,
- certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień nadany przez Dyrektora PARPA.

2. Instruktor terapii uzależnień posiada:

- wykształcenie średnie, wyższe – licencjat bądź wyższe magisterskie o kierunkach innych niż wymienione powyżej,
- certyfikat instruktora terapii uzależnień nadany przez Dyrektora PARPA.

3. Osoba w trakcie zdobywania kwalifikacji specjalisty psychoterapii uzależnień posiada:

- tytuł zawodowy lekarza, tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub tytuł zawodowy magistra nauk humanistycznych, społecznych lub pedagogiki,
- co najmniej rozpoczęte szkolenie pierwszego etapu procesu certyfikowania, mające akredytację Dyrektora PARPA.

4. Osoba w trakcie zdobywania certyfikatu instruktora terapii uzależnień posiada:

- wykształcenie średnie, wyższe – licencjat bądź wyższe magisterskie o kierunkach innych niż wymienione w punkcie 1,

- co najmniej rozpoczęte szkolenie pierwszego etapu procesu certyfikowania, mające akredytację Dyrektora PARPA.

Osoby pracujące w zakładach leczenia odwykowego, pozostające w trakcie Programu szkoleniowego powinny wystąpić do Dyrektora PARPA o nadanie im statusu osoby uczestniczącej w Programie szkoleniowym w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień.

Od 2010 r. Program szkoleniowy składa się z następujących etapów:

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

**Etap drugi:** staż kliniczny w akredytowanych placówkach terapii uzależnień, w wymiarze nie mniejszym niż 80 godzin roboczych. Staż jest sprawdzianem praktycznych umiejętności i możliwości prowadzenia psychoterapii uzależnienia i współuzależnienia.

**Etap trzeci:** superwizja kliniczna pod kierunkiem osoby uprawnionej do prowadzenia superwizji klinicznej w ramach Programu, w wymiarze nie mniejszym niż 70 godzin dydaktycznych.

Zakończeniem „Programu uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w zakładach leczenia odwykowego” jest egzamin certyfikacyjny.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych nadzoruje przebieg procesu certyfikacji. Poszczególne etapy Programu (oprócz egzaminu organizowanego przez PARPA) realizowane są przez podmioty posiadające akredytację Dyrektora PARPA. Powołana przy PARPA Rada ds. Akredytacji rozpatruje wnioski:

- o przyznanie akredytacji szkoleniom, placówkom stażowym
- oraz o wpis na listę osób uprawnionych do prowadzenia superwizji klinicznej do celów szkoleniowych zgodnie z wymogami zawartymi w Programie.

Rada rekomenduje Dyrektorowi PARPA przyznanie akredytacji i dokonanie wpisów na listę.

Lista wszystkich szkoleń mających aktualną akredytację Dyrektora PARPA jest dostępna na stronie internetowej PARPA: [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl) w zakładce „Certyfikacja terapeutów”. Przy podejmowaniu decyzji o refundacji szkolenia należy kierować się informacją, czy zostało ono akredytowane przez Dyrektora PARPA jako szkolenie spełniające standardy Programu szkoleniowego.

### ● Dofinansowanie doskonalenia zawodowego pracowników leczenia odwykowego

Poza udziałem w obligatoryjnych szkoleniach prowadzących do uzyskania certyfikatów terapeuci uzależnień oraz lekarze powinni uczestniczyć w konferencjach, szkoleniach, treningach, warsztatach doskonalących ich umiejętności zawodowe. Jest to szczególnie ważne wobec dynamicznie rozwijającej się wiedzy w obszarze leczenia

uzależnień oraz rosnących wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia. Agencja rekomenduje dofinansowanie przez samorząd terytorialny doskonalenia zawodowego pracowników placówek leczenia uzależnienia.

### ● **Finansowanie superwizji klinicznej pracowników placówek leczenia uzależnienia od alkoholu**

Ważne jest także zapewnienie zespołowi terapeutycznemu dostępu do systematycznej superwizji. Superwizję mogą prowadzić osoby uprawnione do prowadzenia superwizji klinicznej w ramach „Programu uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w zakładach lecznictwa odwykowego”, jak również superwizorzy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

### ● **Dofinansowanie pracy konsultanta programu terapeutycznego**

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

Konsultant powinien posiadać następujące kwalifikacje:

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

### ● **Dofinansowanie remontu i adaptacji placówek**

Niezbędnym warunkiem efektywnego prowadzenia terapii jest posiadanie lokalu wyposażonego w odpowiednią ilość sal do sesji psychoterapii grupowej i gabinetów do prowadzenia sesji psychoterapii indywidualnej. Podstawą w tym zakresie powinno być posiadanie co najmniej dwóch sal do terapii grupowej i dwóch gabinetów do spotkań indywidualnych oraz pokoju do rejestracji, pokoju dostosowanego do badań lekarskich, a także oddzielnych sanitariatów dla personelu i pacjentów. Pomieszczenia powinny spełniać normy określone ogólnymi przepisami dla podmiotów udzielających świadczeń leczniczych. Z uwagi na charakter oddziaływań psychoterapeutycznych wnętrza placówek powinny być czyste, estetyczne, wyposażone w meble i sprzęt przydatny do prowadzenia psychoterapii. Układ pomieszczeń musi zapewniać pacjentom dyskrecję i komfort psychiczny.

Liczba i wyposażenie pomieszczeń w całodobowym oddziale terapii uzależnienia od alkoholu musi być zgodna z ogólnymi przepisami dla oddziałów całodobowych. Oznacza to m.in. zadbanie o właściwy poziom higieny, zapewnienie zaplecza do realizacji niezbędnych świadczeń medycznych, posiadanie odpowiednio dużych powierzchni mieszkalnych. Całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu powinien mieć sale do prowadzenia sesji psychoterapii grupowej i gabinetu do prowadzenia sesji psychoterapii indywidualnej. Samorząd terytorialny może przekazać środki na zapewnienie właściwych warunków materialnych (i lokalowych) do prowadzenia terapii.

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

### • **Doposażenie placówek leczenia uzależnienia od alkoholu**

Do realizacji zadań statutowych placówki leczenia uzależnienia niezbędne jest wyposażenie jej w podstawowe sprzęty, takie jak: alkomat, kserokopiarka, telewizor, magnetowid/odtwarzacz DVD, magnetofon, meble, materace, tablice i inne. Ze względu zarówno na konieczność monitorowania efektów terapii, jak również na prawidłowe prowadzenie rozliczeń z NFZ oraz innymi świadczeniodawcami niezbędne jest posiadanie przez placówkę komputera i dostępu do Internetu. Właściwa jednostka samorządu terytorialnego może doposażyć placówkę w niezbędne do prawidłowego funkcjonowania sprzęty. (Więcej na ten temat w rozdziale Finansowanie zakładów lecznictwa odwykowego przez jednostki samorządu terytorialnego).

### • **Zakup materiałów edukacyjnych dla pacjentów i terapeutów w placówce**

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

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

W miastach liczących powyżej 25 tys. mieszkańców, a ponadto dla mieszkańców terenu, na którym czas dojazdu do poradni publicznym środkiem transportu przekracza 1 godzinę, zgodnie z §7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 31 grudnia 1999 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów lecznictwa odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu tworzy się placów-

kę ambulatoryjną terapii uzależnienia. Podjęcie takiej decyzji przez radę gminy (związek gmin) i wpisanie jej jako jednego z zadań realizowanych w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych może oznaczać dofinansowanie remontu lub adaptacji budynku, przystosowanie i wyposażenie pomieszczeń do grupowych i indywidualnych zajęć terapeutycznych, dofinansowanie szkoleń pracowników oraz sfinansowanie usług konsultanta, który będzie nadzorował tworzenie programu terapeutycznego i jego realizację.

Należy zaznaczyć, że zapisy ustawy o działalności leczniczej dopuszczają pełnienie przez jednostkę samorządu terytorialnego funkcji organu tworzącego placówkę. Jej funkcjonowanie nie powinno jednak stanowić stałego obciążenia finansowego dla samorządu terytorialnego, gdyż główne koszty bieżącego działania placówki są pokrywane przez NFZ.

## Inne działania na rzecz osób uzależnionych

### • Tworzenie lub wspieranie oferty pomocy dla osób niesłyszących mających problemy alkoholowe

Osoby niesłyszące uzależnione od alkoholu lub pijące szkodliwie nie mają w Polsce możliwości skorzystania z oferty pomocy terapeutycznej. Głównym powodem jest bariera komunikacyjna. Specjaliści psychoterapii uzależnień nie mogą postawić diagnozy uzależnienia ani prowadzić terapii, ponieważ nie znają języka migowego. Obecnie w Warszawie z inicjatywy PARPA, przy zaangażowaniu Urzędu Miasta i przedstawiceli środowiska osób głuchych planowany jest pilotażowy projekt, którego celem jest nauczenie osób głuchych podstawowych umiejętności udzielania pomocy psychologicznej i umiejętności w zakresie psychoterapii uzależnień. Na skutek tego osoby te będą mogły pomagać innym mającym problemy alkoholowe w swoim środowisku. Jeżeli zamysł się powiedzie, będzie go można adaptować w innych częściach Polski. W chwili obecnej osoby głuche mogą korzystać w bardzo ograniczonym zakresie z indywidualnych świadczeń psychoterapeutycznych, o ile zdecydują się (lub będą miały szansę) pracować z tłumaczem lub jeśli znają język polski i porozumiewają się z terapeutą pisemnie.

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

### • Wspieranie wysiłków na rzecz rozwiązywania problemów alkoholowych w domach pomocy społecznej

Część mieszkańców domów pomocy społecznej spożywa alkohol szkodliwie lub jest od niego uzależniona. Stwarza to poważne problemy dla współmieszkańców oraz dla personelu tych placówek. Osoby zatrudnione w DPS-ach zwykle nie mają ani wystarczającej wiedzy, ani umiejętności w zakresie rozpoznawania problemów alkoholowych swoich podopiecznych i prowadzenia interwencji motywujących do zmiany



zachowań związanych ze spożywaniem alkoholu. Z tego powodu rekomenduje się gminom finansowanie szkoleń pracowników DPS-ów z zakresu rozpoznawania problemów alkoholowych, motywowania osób spożywających alkohol szkodliwie do ograniczenia picia, zaś osób uzależnionych do podejmowania leczenia odwykowego, a także wspierania abstynencji osób, które ukończyły terapię w placówkach leczenia uzależnień i powróciły do swoich placówek opiekuńczych. Samorząd gminy może też finansować dyżury terapeutów, którzy mogą konsultować w DPS-ach osoby pijące problemowo, prowadzić grupy wsparcia dla osób uzależnionych, które ukończyły leczenie w całodobowych oddziałach terapii oraz realizować zajęcia dla tych pensjonariuszy, którzy z racji niepełnosprawności nie mogą skorzystać z pomocy placówek lecznictwa odwykowego.

- **Dofinansowanie programów rehabilitacji dla osób uzależnionych po zakończonych programach psychoterapii uzależnienia**

Część osób uzależnionych po zakończeniu leczenia odwykowego, wymaga oddziaływań rehabilitacyjnych, których celem jest przywrócenie zdolności do samodzielnego życia społecznego i funkcjonowania w rolach społecznych. Osoby te wymagają czasowego mieszkania w warunkach chronionych (hostele, domy przejściowe, mieszkania chronione), gdzie mają zapewnioną opiekę psychologiczną, terapeutyczną oraz wsparcie pracownika socjalnego. W czasie pobytu muszą zachować abstynencję, uczestniczyć w życiu społeczności oraz podjąć starania w kierunku usamodzielnienia (wyrobienie dokumentów, znalezienie mieszkania i pracy). Wskazane jest, aby samorząd terytorialny dofinansował różne formy rehabilitacji osób uzależnionych tym bardziej, że są one w bardzo ograniczonym zakresie finansowane przez NFZ i pomoc społeczną. Szczególnie rekomenduje się finansowanie wzmocnionych oddziaływań rehabilitacyjnych wobec osób bezdomnych.

- **Prowadzenie punktów konsultacyjnych dla osób uzależnionych i ich rodzin**

W Polsce działa ponad 2000 punktów konsultacyjnych, które udzielają pomocy osobom uzależnionym i członkom rodzin z problemem alkoholowym. Powinny być one tworzone w tych gminach, w których nie ma placówek leczenia uzależnienia od alkoholu lub dostęp do nich jest w utrudniony np. ze względu na dużą odległość lub utrudniony dojazd. Warto podkreślić, że priorytetem gminnego programu jest wspieranie w pierwszej kolejności rozwoju profesjonalnych programów terapii uzależnienia w placówkach leczniczych, a dopiero później tworzenie punktów konsultacyjnych. Punkty konsultacyjne pełnią ważną rolę w lokalnym systemie pomocy, jednak do ich zadań nie należy prowadzenie psychoterapii osób uzależnionych, która jest zbiorem świadczeń zdrowotnych – te udzielane są wyłącznie przez podmioty prowadzące działalność leczniczą. Zatem punkty konsultacyjne nie są (i nie mogą być!) alternatywą czy konkurencją dla placówek leczenia uzależnień.

Obecnie oferta punktów konsultacyjnych stała się bardziej interdyscyplinarna, a ich zadaniem jest zdiagnozowanie problemów całej rodziny i zaplanowanie pomocy dla wszystkich jej członków (dorosłych i dzieci).



Jeśli do punktu zgłasza się żona w sprawie pijącego męża, to konsultant powinien podjąć próbę zdiagnozowania innych problemów, które w tej rodzinie mogą występować np.: przemoc, zaniedbywania dzieci, problemu pijących nastolatków, ubóstwa. W związku z tym osoby dyżurujące w punkcie muszą być interdyscyplinarnie przeszkolone w zakresie różnych zjawisk, które występują w rodzinie alkoholowej oraz możliwych do zaproponowania rozwiązań. Powinny posiadać umiejętności w zakresie udzielania pomocy psychologicznej (nawiązania kontaktu, przeprowadzenia interwencji kryzysowych, udzielania wsparcia, motywowania, poradnictwa) oraz powinny mieć wiedzę na temat:

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

Ukończenie własnej terapii nie zapewnia wystarczających kwalifikacji do pracy w punkcie konsultacyjnym. Nie jest też wskazane zatrudnianie w punkcie konsultacyjnym członków gminnych komisji, którzy nie mają odpowiedniego przygotowania do udzielania pomocy psychologicznej i porad. Rekomendowanym rozwiązaniem jest zatrudnienie na kilka godzin w tygodniu specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień, który pracuje w placówce leczenia uzależnienia. Jeśli nie jest to możliwe, należy zadbać o przeszkolenie personelu oraz nadzór superwizyjny nad pracą takiego punktu, sprawowany przez specjalistę psychoterapii uzależnień. W celu oceny działalności punktu, kompetencji osób tam pracujących oraz organizacji szkoleń i staży warto zasięgnąć opinii kierownika wojewódzkiego ośrodka terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia. Lista WOTUW-ów znajduje się na stornie [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl) w zakładce „Lecznictwo odwykowe”.

#### **Podstawowe zadania punktu konsultacyjnego:**

- motywowanie zarówno osób uzależnionych, jak i osób współuzależnionych do podjęcia psychoterapii w placówkach leczenia uzależnienia, kierowanie do leczenia specjalistycznego,
- motywowanie osób pijących ryzykownie i szkodliwie, ale nieuzależnionych, do zmiany szkodliwego wzoru picia,
- udzielanie wsparcia osobom po zakończonym leczeniu odwykowym (np. poprzez rozmowy podtrzymujące, uruchomienie przy punkcie konsultacyjnym grupy wsparcia dla osób po zakończonym leczeniu w placówce odwykowej),
- rozpoznanie zjawiska przemocy domowej, udzielenie stosownego wsparcia i informacji o możliwościach uzyskania pomocy i powstrzymania przemocy,
- inicjowanie interwencji w przypadku diagnozy przemocy domowej,

- gromadzenie aktualnych informacji na temat dostępnych miejsc pomocy i kompetencji poszczególnych służb i instytucji z terenu gminy, które powinny być włączone w systemową pomoc dla rodziny.

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

#### ● Dofinansowanie zajęć rehabilitacyjnych w trakcie obozów terapeutycznych

Wskazane jest też dofinansowanie zajęć terapeutycznych odbywających się w trakcie obozów organizowanych przez stowarzyszenia abstynenckie, treningów umiejętności społecznych i programów pomocy psychologicznej realizowanych w klubach abstynenta. Warunkiem finansowania takich zajęć jest posiadanie przez terapeutę, który je prowadzi, udokumentowanych kwalifikacji z zakresu psychoterapii uzależnienia od alkoholu oraz pisemnego planu zajęć merytorycznych. Wskazane jest zapewnienie szkoleń liderom lokalnego klubu abstynenta. Należy pamiętać, że terapia uzależnienia realizowana jest wyłącznie przez podmioty lecznicze (art. 21 ust. 1 Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi), zatem formy zajęć terapeutycznych dofinansowywane przez gminy, a odbywające się poza w/w miejscami, nakierowane są na motywowanie do leczenia, wspieranie abstynencji, treningi umiejętności społecznych oraz rehabilitację.

#### ● Organizowanie dyżurów telefonu zaufania

Zadaniem telefonu zaufania dla osób mających problemy alkoholowe i ich rodzin jest udzielanie porad, kierowanie do profesjonalnej i nieprofesjonalnej pomocy, motywowanie do podjęcia działania oraz udzielanie wsparcia psychologicznego. Tym samym osoby dyżurujące przy telefonach zaufania powinny być gruntownie przeszkolone w obszarze udzielania pomocy psychologicznej, rozpoznawania wzorów używania alkoholu, problemów uzależnienia i współuzależnienia oraz powinny mieć dobre rozeznanie w bazie adresów i ofert profesjonalnych placówek pomocowych na terenie powiatu i województwa.



## ROZDZIAŁ II

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

#### Programy psychoterapii dla osób współuzależnionych

##### Wprowadzenie

Nadużywanie alkoholu przez jednego z członków rodziny destabilizuje funkcjonowanie całego systemu rodzinnego, rodzi poważne problemy i jest przyczyną cierpienia dorosłych i dzieci. Konsekwencją życia z partnerem nadużywającym alkoholu może być tzw. współuzależnienie. Współuzależnienie nie jest chorobą – to efekt przystosowania się do sytuacji problemowej. Koncentrując się na szukaniu sposobu ograniczenia picia partnera, osoba współuzależniona nieświadomie przejmuje odpowiedzialność i kontrolę za jego funkcjonowanie, co w efekcie utrudnia jej konstruktywne rozwiązanie problemu. W konsekwencji zaistniałej sytuacji rodzinnej u osób współuzależnionych mogą wystąpić nasilone problemy zdrowotne: zaburzenia psychosomatyczne, emocjonalne, stresowe lub zaburzenia adaptacyjne. Współuzależnienie rozpoznaje się wyłącznie u osób dorosłych. Osoby współuzależnione traktowane są jako druga, równie ważna jak osoby uzależnione, grupa pacjentów placówek leczenia uzależnienia. Programy pomocy dla osób współuzależnionych realizowane są najczęściej w poradniach.

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

- Dofinansowanie pracy terapeutycznej z rodziną

Istotne z punktu widzenia trwałości i jakości życia rodziny z problemem alkoholowym jest objęcie pomocą terapeutyczną całej rodziny. Wskazane jest, aby placówki leczenia uzależnienia w podstawowym programie terapii osób uzależnionych organizowały sesje rodzinne i spotkania konsultacyjne dla rodzin, a w programie pogłębianym terapię par, terapię rodzinną lub wybrane treningi zachowań np.: komunikacji rodzinnej, umiejętności wychowawczych, bliskości. Prowadzenie terapii rodzinnej wymaga ukończenia psychoterapii systemowej, zatem specjaliści psychoterapii uzależnień nie są przygotowani do tego zadania. Dodatkowych szkoleń wymaga też praca terapeutyczna z parą oraz wyspecjalizowane treningi umiejętności.

Dla gminy może to oznaczać konieczność zakupu programów zdrowotnych z tego zakresu, względnie pokrycie kosztów dodatkowych szkoleń dla pracowników lecznictwa odwykowego.

### ● **Programy pomocy psychologicznej i psychoterapii dla osób z syndromem Dorosłych Dzieci Alkoholików**

Efektom doświadczeń wyniesionych z życia w rodzinie z problemem alkoholowym mogą być pewne utrwalone schematy zachowań i reakcji emocjonalnych, które utrudniają osiągnięcie zadowolenia i satysfakcji, a zwłaszcza nawiązywanie bliskich relacji z innymi ludźmi w dorosłym życiu. Powstały na tym tle zespół zaburzeń przystosowania nazywany jest syndromem Dorosłego Dziecka Alkoholika (DDA).

Nie wszystkie osoby wychowujące się w rodzinie alkoholowej doświadczają nasilonych objawów zespołu DDA. Większość radzi sobie dobrze ze sobą i swoimi problemami, a jeśli przeżywa trudności – skutecznie je pokonuje bez pomocy specjalistów. DDA mogą osiągać wiele sukcesów w życiu, zwłaszcza zawodowym. Nasilenie cech charakterystycznych dla syndromu DDA może jednak przeszkadzać w codziennym funkcjonowaniu. Wówczas wymaga profesjonalnej pomocy, która może przybierać różne formy w zależności od indywidualnej sytuacji i potrzeb. Może to być: edukacja, poradnictwo, interwencja kryzysowa, pomoc psychologiczna w rozwoju osobistym, motywowanie do podjęcia psychoterapii (pomoc o charakterze krótkoterminowym), psychoterapia (krótko- i średnioterminowa). Zatem nie każde działanie kierowane do tej grupy osób jest psychoterapią i wymaga specjalnych uprawnień zawodowych. Psychoterapia dla osób z syndromem DDA powinna być prowadzona przez psychoterapeutów lub osoby w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatów szkół psychoterapeutycznych. Inne wymienione formy pomocy psychologicznej dla DDA mogą realizować specjaliści psychoterapii uzależnień, zwłaszcza ci, którzy ukończyli dodatkowo specjalistyczne przeszkolenie w pomaganiu DDA.

Dla gminy wsparcie pomagania osobom z syndromem DDA może oznaczać działania w zakresie zakupu programów pomocy profesjonalnej dla tej grupy pacjentów (grup wsparcia, rozwoju osobistego, psychoterapii) oraz szkoleń podnoszących kompetencje specjalistów psychoterapii uzależnień w tym obszarze.

## **Pomoc dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym**

### **Wprowadzenie**

Według danych szacunkowych w Polsce żyje około 1,5–2,0 mln dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym, z tego 500 tys. znajduje się w dramatycznej sytuacji zagrażającej ich zdrowiu i życiu. Dzieci te żyją w stanie chronicznego napięcia i stresu, co związane jest z niezaspokajaniem przez rodziców ich podstawowych potrzeb. Doświadczają one wielu traumatycznych sytuacji związanych z chaosem i awanturami w domu, a także niewypełnianiem ról rodzicielskich przez uzależnionych bądź współuzależnionych rodziców. W związku z brakiem oparcia ze strony dorosłych dzieci żyją w poczuciu braku bezpieczeństwa emocjonalnego.

go i fizycznego, co powoduje określone zaburzenia emocjonalne i psychiczne. Dzieci rodziców z problemem alkoholowym są słabsze fizycznie i częściej chorują oraz często są ofiarami przemocy ze strony najbliższych członków rodziny lub otoczenia.

Zaburzenia życia rodzinnego wynikające z choroby alkoholowej sprawiają, iż dzieci nie mogą liczyć na wsparcie i pomoc bliskich. Pomoc musi nadejść z zewnątrz. **W związku z tym udzielanie pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym powinno być jednym z priorytetowych zadań, które podejmują samorządy lokalne w ramach realizacji gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.** Zadanie to powinno być realizowane poprzez stworzenie lokalnego systemu pomocy dziecku i rodzinie z problemem alkoholowym tak, by podejmowane działania nie były przypadkowe lub chaotyczne.

W planowaniu pomocy należy dążyć do zintegrowania działań różnych instytucji. Dotyczy to przede wszystkim szkoły, poradni psychologiczno-pedagogicznych, ośrodków pomocy społecznej, poradni uzależnień, sądów rodzinnych, policji, punktów interwencji kryzysowej, świetlic socjoterapeutycznych, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Często zdarza się, że pracownicy tych instytucji podejmują niezależnie od siebie próby interwencji wobec rodziny. Nierzadko działają na rzecz tylko jednej osoby z rodziny, nie uwzględniając całego systemu rodzinnego, co nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Tymczasem zaplanowanie i realizacja wspólnych działań oraz skierowanie ich do całej rodziny z problemem alkoholowym w sposób zdecydowany zwiększa ich efektywność. Dobrym rozwiązaniem jest tworzenie interdyscyplinarnych zespołów, które opracowują i koordynują realizację planów pomocy dziecku i rodzinie.

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

- Tworzenie i finansowanie bieżącej działalności świetlic z programem opiekuńczo-wychowawczym, socjoterapeutycznym dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.
- Finansowanie dożywiania dzieci uczęszczających do świetlic z programem socjoterapeutycznym i opiekuńczo-wychowawczym.
- Finansowanie zajęć i programów socjoterapeutycznych dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Programy te powinny opierać się na pisemnych konspektach do poszczególnych zajęć zaplanowanych do realizacji. W ich ramach możliwe jest prowadzenie różnorodnych programów rozwojowych dla dzieci (np.: teatralnych, komputerowych, tanecznych, sportowych).
- Dofinansowanie obozów socjoterapeutycznych dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Obozy te powinny być integralnym elementem i uzupełnieniem całorocznej pracy z dziećmi.
- Finansowanie zatrudnienia pracowników merytorycznych w placówkach pomocy dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. W przypadku wychowawców w świetlicach dla dzieci z takich rodzin, pracujących w wymiarze ok. 24 godzin tygodniowo, zasadnym jest zatrudnienie ich na podstawie umowy o pracę.

Rekomendowane jest także zatrudnianie dwóch wychowawców do pracy z jedną grupą dzieci, w celu zapewnienia jak najlepszej jakości udzielanej pomocy.

- Organizowanie i finansowanie superwizji oraz konsultacji dla pracowników placówek udzielających pomocy psychologicznej dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym.
- Dofinansowywanie szkoleń i kursów specjalistycznych w zakresie pracy z dziećmi z rodzin z problemem alkoholowym oraz w zakresie prowadzenia zajęć socjoterapeutycznych. Mogą brać w nich udział pedagodzy, psycholodzy, nauczyciele, którzy są zatrudnieni w tego typu placówkach lub deklarują gotowość podjęcia tego rodzaju pracy.
- Organizowanie lokalnych porad, seminariów i konferencji w zakresie wdrażania systemu pomocy dziecku i rodzinie z problemem alkoholowym.
- Wspieranie i koordynowanie pracy interdyscyplinarnych zespołów ds. pomocy dziecku i rodzinie z problemem alkoholowym.
- Tworzenie systemowego wsparcia i terapii dla dzieci z FAS (Fetal Alcohol Syndrome) – Płodowym Zespołem Alkoholowym – oraz dla ich rodziców i opiekunów. Szacuje się, iż rocznie w Polsce rodzi się od kilku do kilkunastu tysięcy dzieci z zaburzeniami spowodowanymi piciem alkoholu przez matki w czasie ciąży. Niezbędne jest dostarczanie wiedzy na temat FAS/FAE (Fetal Alcohol Effects) psychologom, pedagogom, terapeutom oraz wszystkim, którzy zajmują się pomocą dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym.
- Prowadzenie działań związanych z ewaluacją (wewnętrzną i zewnętrzną) programów pomocy dla dzieci alkoholików oraz programów badawczych dotyczących psychospołecznego funkcjonowania dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.
- Organizowanie i/lub finansowanie zajęć dla rodziców dzieci uczęszczających na zajęcia, mających na celu podniesienie kompetencji wychowawczych.

### **Dodatkowe informacje**

Pomoc dzieciom z rodzin alkoholowych powinna spełniać następujące założenia:

- Dziecko żyje w systemie rodzinnym i udzielana mu pomoc powinna być zintegrowana z pomocą całej rodzinie.
- Pomoc dziecku powinna być planowa, opierać się na indywidualnej diagnozie jego potrzeb i problemów.
- Pomoc dziecku powinna być kompleksowa, co oznacza, że będzie obejmować wiele aspektów życia dziecka oraz długoterminowa, czyli trwać do momentu rozwiązania jego problemów.
- Celem pomocy powinno być rozwiązanie problemów dziecka, a nie doraźne zaspokajanie jego potrzeb (np. materialnych).
- Pomoc dziecku powinna być zindywidualizowana.

- Osoby udzielające pomocy powinny mieć odpowiednie kwalifikacje zawodowe oraz kompetencje osobiste i interpersonalne.
- Planowanie pomocy powinno przebiegać w zespole i jeśli to możliwe – poddawane superwizji lub konsultacji.
- Udzielanie pomocy powinno spełniać standardy adekwatne do rodzaju świadczonych usług (np. warunki lokalowe, liczba dzieci w grupie itp.).

Udzielanie pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym może odbywać się w różnych placówkach i mieć wieloraką formę (przy zachowaniu założeń zawartych w modelu pomocy dzieciom z rodzin alkoholowych). To pozwoli na wszechstronne zaspokajanie różnych potrzeb związanych z danym środowiskiem. Ocena, które formy oddziaływań są bardziej użyteczne, może nastąpić w kontekście lokalnych zasobów i potrzeb.

Jeżeli na danym terenie nie ma możliwości stworzenia świetlicy socjoterapeutycznej spełniającej formalne wymogi dotyczące samodzielnego lokalu oraz wymaganej liczby godzin pracy, program socjoterapii może być realizowany w formie zajęć socjoterapeutycznych poza placówką. Powinno się jednak zachować standardy zadań i celów przy prowadzeniu tego typu zajęć. Jeżeli zaś program realizowany w placówce nie spełnia merytorycznych założeń programu socjoterapii, świetlicy tej nie należy nazywać socjoterapeutyczną.

Świetlica opiekuńczo-wychowawcza również stanowi element systemu pomocy i odgrywa bardzo ważną rolę w procesie pomagania dzieciom, zwłaszcza z rodzin dysfunkcyjnych.

Na przestrzeni ostatnich lat obserwujemy niepokojące zjawisko zmniejszania się liczby świetlic socjoterapeutycznych – placówek oferujących specjalistyczną pomoc dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym. Trendowi temu towarzyszy szereg niekorzystnych zjawisk, takich jak: brak stabilizacji funkcjonowania placówek; zatrudnianie wychowawców nie na etatach, lecz na podstawie umów zleceń (co powoduje, że większość z nich traktuje tę pracę jako dodatkowe zajęcie, nie angażując się należycie w pomoc dzieciom); duża rotacja kadry; praca z dużymi grupami dzieci uniemożliwiająca realizację indywidualnych planów pomocy, czy wreszcie brak oddziaływań wobec rodziców. Te i inne trudności sprawiają, że chociaż z jednej strony możemy mówić o istniejącym systemie świetlic, w których dzieci alkoholików mogą uzyskać pomoc, to z drugiej strony, system ten nie jest tak efektywny, a udzielana pomoc tak skuteczna, jak można by oczekiwać. Troska o jakość i standardy pracy powinna być priorytetem przy podejmowaniu przez samorządy decyzji finansowych.

#### **Zadania świetlicy z programem socjoterapeutycznym**

- Sporządzanie diagnozy indywidualnej dziecka i jego sytuacji rodzinnej i szkolnej.
- Prowadzenie zajęć socjoterapeutycznych zgodnie z programem przygotowanym dla całej grupy i diagnozą indywidualną dzieci.
- Praca ze stałymi grupami dzieci.
- Praca z dziećmi w kontakcie indywidualnym.



- Przygotowanie i realizacja indywidualnych programów rozwojowo-terapeutycznych dla dzieci. W planach tych warto uwzględnić włączanie dziecka w działania różnorodnych kół zainteresowań, grup rozwojowych, w zajęcia pozalekcyjne i pozaszkolne – zgodnie z predyspozycjami i zainteresowaniami dziecka.
- Prowadzenie dokumentacji pracy z dzieckiem zgodnej z charakterem placówki (dokumentacja diagnozy, planów i realizacji indywidualnych i grupowych zajęć z dziećmi wraz z ich osiągnięciami).
- Utrzymywanie kontaktów z rodziną dziecka w celu:
  - diagnozy sytuacji rodzinnej,
  - rozwiązywania problemów rodziny (np. motywowania osoby uzależnionej lub współuzależnionej do podjęcia terapii),
  - współpracy dotyczącej postępów dziecka w procesie socjoterapii.
- Współpraca z instytucjami, które mogą pomóc rodzinie w rozwiązaniu jej problemów, głównie w zakresie interwencji wobec osób uzależnionych i współuzależnionych (np.: gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych, szkoła, ośrodek pomocy społecznej, sąd rodzinny, powiatowe centrum pomocy rodzinie itp.). Niezwykle istotny jest wymóg współpracy z wychowawcami klas, pedagogami szkolnymi i nauczycielami uczącymi dzieci, zwłaszcza tych przedmiotów, które sprawiają dzieciom trudności. Aby zwiększyć efektywność pomocy, konieczna jest wymiana informacji na temat sytuacji szkolnej dziecka, ewentualnych wagarów itp.
- Korzystanie z regularnych konsultacji lub superwizji dotyczących pracy placówki.
- Zajęcia (spotkania) grupowe dla rodziców, warsztaty w zakresie doskonalenia umiejętności wychowawczych.

#### **Dodatkowe wskazówki dotyczące organizacji świetlic z programem socjoterapeutycznym**

- Grupę socjoterapeutyczną powinny prowadzić przynajmniej dwie osoby obecne na zajęciach, a liczba dzieci nie powinna przekraczać 12 osób.
- Grupy dzieci powinny być organizowane w określonych przedziałach wiekowych: 7–10, 11–12, 13–15 lat.
- Programy zajęć grupowych (cele, formy zajęć, metody) powinny być dostosowane do potrzeb rozwojowych dzieci oraz ograniczeń wynikających z ich sytuacji rodzinnej.
- Ze względu na specyfikę pomocy i trudność zadań, praca osób w świetlicach socjoterapeutycznych powinna być objęta superwizją lub konsultacją. Superwizje i konsultacje mogą prowadzić osoby o odpowiednim przygotowaniu i doświadczeniu w pracy z dziećmi (np. superwizorzy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego lub konsultanci PARPA). Dobrym rozwiązaniem w sytuacji, kiedy brakuje specjalistów, jest organizowanie wspólnych spotkań pracowników z kilku

sąsiednich placówek. Celem spotkań jest omawianie sposobów rozwiązywania problemów dzieci i ich rodzin. Należy pamiętać, że wzajemne wsparcie i wymiana doświadczeń nie może zastąpić profesjonalnej superwizji.

- Świetlice socjoterapeutyczne powinny być organizowane poza terenem szkoły ze względu na potrzebę uniknięcia etykietowania i stygmatyzacji dzieci z tzw. rodzin patologicznych.
- Cele postawione w programie mogą być realizowane przy zastosowaniu różnych form i metod pracy z dziećmi, np.: zajęcia plastyczne, muzyczne, teatralne, sportowe, gry i zabawy rozwojowe, konkursy, wycieczki, obozy itp. Osoba prowadząca zajęcia powinna stosować te formy pracy, w których czuje się najbardziej kompetentna.

### **Zadania świetlicy z programem opiekuńczo-wychowawczym**

- Stała, systematyczna współpraca z rodziną dziecka.
- Rozpoznanie sytuacji dziecka w kontekście jego sytuacji rodzinnej.
- Organizacja czasu wolnego, prowadzenie zajęć tematycznych.
- Prowadzenie pracy z grupą poprzedzone jej zaplanowaniem w zespole pracowników.
- Indywidualne spotkania z dziećmi organizowane poza pracą z grupą.
- Prowadzenie dokumentacji pracy z dzieckiem i z grupą.
- Współpraca z innymi instytucjami (np.: gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych, szkoła, ośrodek pomocy społecznej, sąd rodzinny, powiatowe centrum pomocy rodzinie itp.).
- Dożywanie dzieci.
- Pomoc dziecku w radzeniu sobie z życiowymi problemami, kryzysami (rodzinnymi, związanymi z relacjami z rówieśnikami, szkolnymi itp.).
- Korzystanie z regularnych konsultacji lub superwizji dotyczących pracy placówki.

### **Zasady działania i organizacji placówek opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego**

W związku z koniecznością zapewniania opieki celowej jest, by świetlice – świadczące pomoc dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym – spełniały wymogi określone w Rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2007 r. w sprawie placówek opiekuńczo-wychowawczych (Dz.U. z dnia 30 października 2007 r. Nr 201 poz. 1455). Ten akt prawny określa zasady działania wszystkich placówek opiekuńczo-wychowawczych, w tym także placówek wsparcia dziennego, do których zalicza się między innymi świetlice środowiskowe, socjoterapeutyczne i inne. Rozporządzenie określa: zadania i organizację wszystkich placówek opiekuńczo-wychowawczych, w tym placówek wsparcia dziennego. W dokumencie przedstawi-

ne są także standardy usług oferowanych przez placówki, kwalifikacje osób zatrudnionych oraz zasady organizacji placówek.

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z 12 marca 2004 r. do zadań wojewody należy prowadzenie rejestru placówek opiekuńczo-wychowawczych (Art. 22 pkt 4). W związku z tym placówki opiekuńczo-wychowawcze wsparcia dziennego powinny zgłaszać fakt prowadzenia swojej działalności do wojewody.

## Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie

### Wprowadzenie

Zgodnie z zapisami ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie działania podejmowane na rzecz ochrony rodzin przed przemocą w środowiskach lokalnych powinny być prowadzone w oparciu o zapisy ustawy o pomocy społecznej lub ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (art. 6. ust.1). Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie wprowadziła szereg rozwiązań, które mają służyć skuteczniejszej ochronie rodzin przed przemocą. Jednym z zadań gminy jest obowiązek uchwalania gminnych programów przeciwdziałania przemocy rodzinie i zagwarantowania na realizację zapisanych w nim zadań odpowiednich środków. Oznacza to, że działania służące ochronie rodzin przed przemocą powinny być realizowane nie tylko w ramach zadań wynikających z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi („udzielanie pomocy członkom rodzin z problemem alkoholowym pomocy psychospołecznej i prawnej a w szczególności ochrony przed przemocą”) i uwzględniane nie tylko w gminnych programach profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Analiza wydatków ponoszonych przez samorządy lokalne w 2010 r. na zadania związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych pokazuje, że znacząco (o ponad 6,5 mln zł) zmniejszono wydatki na ten rodzaj działań i przeznaczono na nie zaledwie 5% w/w środków.

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

- **Doskonalenie i upowszechnianie standardów interdyscyplinarnej pracy na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie**

Praktyka w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie pokazała, że jedynie wspólne działania przedstawicieli różnych podmiotów, uwzględniające potrzeby wszystkich członków rodziny, mogą zainicjować proces zmian służących zatrzymaniu przemocy. Podejmując decyzję o współpracy, mamy szansę na zwiększenie efektywności działań i na bardziej skuteczne rozwiązywanie problemów.

Pomoc dla członków rodzin z problemem alkoholowym i przemocy powinna być prowadzona w ramach gminnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Działania w ramach tego systemu dają możliwość zaplanowania i udzielenia kompleksowej

pomocy rodzinom, w których dochodzi do przemocy. Warunkiem jest jednak współpraca przedstawicieli służb i instytucji, które w danej gminie funkcjonują w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Należy także pamiętać, iż zgodnie z art. 9a ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych wchodzi w skład zespołów interdyscyplinarnych ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie oraz grup roboczych i tym samym uczestniczą w czynnościach podejmowanych przez zespół lub grupę na rzecz ochrony rodzin przed przemocą.

W skład zespołów interdyscyplinarnych wchodzi również przedstawiciele jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, policji, oświaty, ochrony zdrowia oraz organizacji pozarządowych, kuratorzy sądowi. Do współpracy mogą być zapraszani także prokuratorzy oraz przedstawiciele innych podmiotów działających na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Niezbędne jest, aby wszyscy członkowie zespołu i grup roboczych posiadali odpowiednie kompetencje do rozpoznawania przemocy i udzielania pomocy członkom danej rodziny. W związku z powyższym w zakresie interdyscyplinarnej współpracy służb rekomenduje się m.in.:

- prowadzenie szkoleń i konferencji dla przedstawicieli służb i instytucji nt. zjawiska przemocy w rodzinie, mechanizmów przemocy w rodzinie i ich wpływu na funkcjonowanie osób doświadczających lub stosujących przemoc, możliwości udzielania pomocy rodzinom z problemem alkoholowym i przemocy, kompetencji podmiotów działających na terenie gminy na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie itp.
- organizowanie narad i spotkań służących wypracowaniu wspólnej, lokalnej polityki wobec zjawiska przemocy w rodzinie,
- opracowywanie i wydawanie publikacji (broszur, ulotek) nt. zjawiska przemocy w rodzinie, opracowywanie i upowszechnianie informatorów zawierających informacje o potencjalnych, instytucjonalnych partnerach do współpracy, ich zadaniach i kompetencjach.

### ● **Doskonalenie metod interwencji w sytuacji przemocy w rodzinie w ramach procedury „Niebieskie Karty”**

Praca w zespołach interdyscyplinarnych wiąże się z realizacją zadań wynikających z rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” (Dz.U. Nr 209, poz. 1245) z dnia 13 września 2011 r. Rozporządzenie określa między innymi zakres czynności, do wykonywania których na mocy ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. Nr 180, poz. 1493, z późn. zm.) zobowiązane są gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, policja, pomoc społeczna, ochrona zdrowia i oświata.

Na gminnych komisjach, podobnie jak innych instytucjach zobowiązanych do uczestniczenia w procedurze „Niebieskie Karty”, ciąży obowiązek wszczęcia procedury w razie podejrzenia zaistnienia przemocy w rodzinie. Wszczęcie procedury na-

stępuje przez wypełnienie formularza „Niebieska Karta – A” w obecności osoby, co do której istnieje podejrzenie, że doznaje przemocy w rodzinie. Odstąpienie od tego obowiązku jest możliwe jedynie w sytuacji, gdy nawiązanie bezpośredniego kontaktu z tą osobą jest niewykonalne. Wszczynając procedurę, podejmuje się działania interwencyjne mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa osobie, co do której istnieje podejrzenie, że doznaje przemocy w rodzinie. Należy pamiętać, że zgodnie ze znowelizowaną ustawą o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (art. 9 d ust. 1) uruchomienie działań interwencyjnych nie wymaga zgody osoby dotkniętej przemocą. Trzeba pamiętać, że szanując podmiotowość klienta należy informować go o wszystkich działaniach podjętych wobec jego rodziny. Po wypełnieniu formularza A osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, przekazuje się formularz „Niebieska Karta – B” zawierający kompleksowe informacje na temat przysługujących jej uprawnień oraz formach pomocy jakie może uzyskać. Wypełniony formularz zostaje następnie niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia wszczęcia procedury, przekazany przewodniczącemu zespołu interdyscyplinarnego.

W ramach procedury „Niebieskie Karty” członkowie zespołu interdyscyplinarnego:

- 1) udzielają pomocy osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie;
- 2) podejmują działania w stosunku do osoby, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, w celu zaprzestania stosowania tego rodzaju zachowań;
- 3) zapraszają osobę, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, na spotkanie zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej;
- 4) opracowują indywidualny plan pomocy dla osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie i jej rodziny zawierający propozycje działań pomocowych;
- 5) rozstrzygają o braku zasadności podejmowania działań.

Członkowie zespołu podejmują również działania wobec osób, co których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc wobec najbliższych, w tym m.in.: przeprowadzają rozmowę pod kątem nadużywania alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub leków, przekazują informacje o konsekwencjach popełnianych czynów, motywują do udziału w programach oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych.

**Na mocy omawianego rozporządzenia w ramach procedury „Niebieska Karta” gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych:**

1. diagnozuje sytuację i potrzeby osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie;
2. udziela kompleksowych informacji o:

- a) możliwościach uzyskania pomocy, w szczególności: psychologicznej, prawnej, socjalnej i pedagogicznej oraz wsparcia, w tym o instytucjach i podmiotach świadczących specjalistyczną pomoc na rzecz osób dotkniętych przemocą w rodzinie,
  - b) formach pomocy dzieciom doznającym przemocy w rodzinie oraz o instytucjach i podmiotach świadczących tę pomoc,
  - c) możliwościach podjęcia dalszych działań mających na celu poprawę sytuacji osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie;
3. organizuje niezwłocznie dostęp do pomocy medycznej, jeżeli wymaga tego stan zdrowia osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie;
  4. może prowadzić rozmowy z osobami, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie, na temat konsekwencji stosowania przemocy w rodzinie; ponadto informuje te osoby o możliwościach podjęcia leczenia lub terapii i udziale w programach oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie.

Rekomenduje się więc zintensyfikowanie działań służących wdrożeniu procedury „Niebieskie Karty” do praktyki gminnych komisji w sprawach przemocy domowej. Trzeba zadbać o to, aby wszystkie gminne komisje posiadały odpowiednią dokumentację dotyczącą przemocy w rodzinie, a **ich członkowie byli przygotowani do kontaktu i prowadzenia rozmów z ofiarą i sprawcą przemocy.**

Konieczne jest także zwiększenie kompetencji przedstawicieli służb w obszarze ochrony rodzin przed przemocą z wykorzystaniem procedury „Niebieskie Karty”, poprzez m.in.:

- organizowanie cyklicznych szkoleń, narad, konferencji nt. procedury „Niebieskie Karty”,
- przygotowywanie odpowiednich materiałów informacyjno-edukacyjnych dotyczących procedury „Niebieskie Karty” (informatory, ulotki, plakaty).

### ● **Tworzenie i finansowanie wyspecjalizowanych miejsc pomocy dla ofiar przemocy w rodzinie**

Priorytetem powinno być zapewnienie stałej, pełnej, kompleksowej i profesjonalnej oferty pomocy osobom krzywdzonym przez najbliższych. Brak kontynuacji w funkcjonowaniu placówek pomagających ofiarom przemocy oznacza ograniczenie dostępności do profesjonalnej pomocy, co z kolei niekorzystnie wpływa na terapię klientów i na proces radzenia sobie z przemocą. W związku z powyższym rekomenduje się:

- uruchamianie nowych i wspieranie już istniejących punktów konsultacyjnych, ośrodków interwencji kryzysowej, ośrodków wsparcia,
- prowadzenie i finansowanie grup wsparcia i grup terapeutycznych dla ofiar przemocy – dorosłych i dzieci,
- tworzenie i finansowanie specjalistycznych miejsc pomocy dzieciom krzywdzonym.

## ● **Wdrażanie i finansowanie oddziaływań adresowanych do osób stosujących przemoc w rodzinie**

Ważnym zadaniem jest również prowadzenie oddziaływań wobec osób stosujących przemoc wobec swoich najbliższych. Zgodnie ze znowelizowaną ustawą o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, od 1 sierpnia 2010 r. nakładany przez sądy obowiązek uczestnictwa w oddziaływaniach edukacyjno-korekcyjnych nie wymaga zgody skazanego.

W związku z powyższym należy zadbać o:

- usprawnienie współpracy z przedstawicielami wymiaru sprawiedliwości i organów ścigania, którzy mogą kierować osoby stosujące przemoc do w/w programów,
- zwiększenie dostępności oddziaływań wobec osób stosujących przemoc – stworzenie oferty, realizacja działań,
- upowszechnianie informacji o prowadzonych na terenie gminy oddziaływaniach adresowanych do sprawców przemocy wobec najbliższych.

Ponadto z uwagi na fakt, że pracownicy leczenia odwykowego dość łatwo mogą dotrzeć do osób stosujących przemoc wobec swoich bliskich, pożądane jest, aby byli oni przygotowani do rozpoznawania tego zjawiska w rodzinach osób, które zgłaszają się do nich po pomoc oraz posiadali wiedzę na temat oddziaływań adresowanych do sprawców przemocy.

## ● **Realizacja i finansowanie programów profilaktyki przemocy w rodzinie**

Rekomenduje się realizację w gminach programów dla rodziców, w tym np. warsztatów umiejętności rodzicielskich przygotowujących rodziców do wychowywania dzieci bez stosowania przemocy i radzenia sobie z trudnymi sytuacjami wychowawczymi. Wskazane jest także prowadzenie programów radzenia sobie z emocjami i z zachowaniami agresywnymi, budowania relacji interpersonalnych, rozwiązywania konfliktów itp.

### **Dodatkowe informacje:**

W zakresie tworzenia oferty pomocy dla osób doznających przemocy oraz prowadzenia programów dla osób stosujących przemoc rekomenduje się zawieranie porozumień międzygminnych. Współpraca z sąsiednimi samorządami gwarantuje bardziej ekonomiczne i efektywne wykorzystanie środków finansowych.

## ● **Podnoszenie kompetencji osób pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie**

Osoby zajmujące się zjawiskiem krzywdzenia najbliższych powinny mieć gruntowne podstawy merytoryczne przygotowujące je do pracy w tym zakresie. Konieczne jest ukończenie specjalistycznych szkoleń dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie, specyfiki i zasad kontaktu z ofiarą lub sprawcą przemocy, analizy własnych postaw i emocji wobec tego problemu. Szkolenia takie powinny mieć charakter interdyscy-

plinarny – w ten sposób dają możliwość poznania specyfiki pracy i kompetencji innych służb oraz nawiązywania osobistych relacji będących nieodzownym elementem współpracy. Rekomendowane jest też ubieganie się o certyfikat specjalisty lub konsultanta w zakresie przeciwdziałania przemocy rodzinie w ramach *Programu potwierdzania kwalifikacji osób pracujących w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie PARPA*. Więcej informacji dotyczących systemu certyfikowania znajduje się na stronie [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl).

### ● **Prowadzenie edukacji społecznej**

Rekomenduje się gminom stałe prowadzenie edukacji społecznej na temat zjawiska przemocy w rodzinie, mechanizmów przemocy i możliwości uzyskania pomocy. Pożądane jest prowadzenie lokalnych kampanii informacyjnych, akcji edukacyjnych, przygotowywanie i upowszechnianie ulotek i informatorów adresowanych do mieszkańców gminy nt. oferty pomocy dla członków rodzin z problemem alkoholowym i przemocy. W działania edukacyjne warto zaangażować lokalne media: prasę, radio, telewizję.

Rekomenduje się prowadzenie badań dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie, postaw wobec tego problemu. Z uwagi jednak na to, że badania są przedsięwzięciem kosztownym, warto zadbać o to, aby stały się one częścią większego projektu badawczego lub były przedsięwzięciem realizowanym we współpracy z innymi podmiotami.





## Rozdział III

# **Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży – w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych**

## **Działania profilaktyczne podejmowane wobec dzieci i młodzieży**

### **Wprowadzenie**

Picie alkoholu przez młodych ludzi jest najczęstszym zachowaniem ryzykownym – kontakt z alkoholem ma za sobą 87,3% gimnazjalistów z klas III. W czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem jakiegokolwiek napoje alkoholowe piło 78,3% 15-latków. Ostatnie badania (ESPAD 2011) wskazują, iż w Polsce wskaźniki dotyczące zachowań ryzykownych utrzymują się na podobnym poziomie, odnotowuje się nawet spadek pewnych wskaźników dotyczących sięgania przez młodych ludzi po substancje psychoaktywne.

Nadal wyzwaniem dla osób pracujących z młodzieżą jest grupa młodych ludzi eksperymentujących ze środkami psychoaktywnymi i przekraczających próg nietrzeźwości (w czasie ostatnich 30 dni poprzedzających badanie w stan nietrzeźwości wprowadziło się 21,4% uczniów trzecich klas gimnazjów). W badaniach obserwujemy również trend wyrównywania się zachowań ryzykownych wśród dziewcząt i chłopców. Przełamanie stereotypów dotyczących tego, że piją tylko chłopcy czy dzieci ze środowisk zagrożonych i wiejskich szkół oraz praca z dziewczętami to kolejne obszary, które powinny być uwzględniane w działaniach profilaktycznych.

Planując w realizacji gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych działania, których celem jest zmniejszenie spożycia alkoholu wśród dzieci i młodzieży, należy pamiętać, iż osiągnięcie tego celu stanie się o tyle możliwe, o ile nasze działania będą prowadzone systematycznie i planowo, przy wykorzystaniu różnych form oddziaływań skierowanych wielopłaszczyznowo. Należy również uwzględnić fakt, iż wiele z podejmowanych działań (np. programów profilaktycznych) odnosić się może do różnych zachowań ryzykownych i zagrożeń wyni-

kających z ich podejmowania tj.: przemoc, agresja, sięganie po substancje psychoaktywne, wagary, przedwczesna inicjacja seksualna czy prostytutka (a nie tylko do jednego specyficznego zachowania problemowego). Nie oznacza to jednak, iż jako działania informacyjne i edukacyjne w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych realizowane mogą być wszystkie programy z zakresu promocji zdrowia (np. higiena jamy ustnej czy profilaktyka otyłości itp.).

Obecnie stosowane poziomy profilaktyki są zbudowane w oparciu o kryterium dotyczące oceny indywidualnego ryzyka powstawania problemów zdrowotnych. Nowe terminy bardziej precyzyjnie określają granice między profilaktyką a promocją zdrowia, a także między profilaktyką a leczeniem uzależnień oraz innych zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu.

**Profilaktyka uniwersalna – ukierunkowana na całe populacje.** Są to działania profilaktyczne adresowane do całych grup (populacji) bez względu na stopień indywidualnego ryzyka występowania problemów alkoholowych. Ich celem jest zmniejszanie lub eliminowanie czynników ryzyka sprzyjających rozwojowi problemów alkoholowych w danej populacji. Działania uniwersalne są realizowane na przykład w populacji dzieci i młodzieży w wieku gimnazjalnym, w populacji młodych dorosłych, w populacji rodziców posiadających dzieci w wieku szkolnym itd. Przykładem profilaktyki uniwersalnej są programy opóźniania inicjacji alkoholowej lub papierosowej adresowane do całej populacji dzieci wchodzących w okres pierwszych eksperymentów z substancjami psychoaktywnymi.

**Profilaktyka selektywna – ukierunkowana na jednostki i grupy zwiększonego ryzyka.** Są to działania profilaktyczne adresowane do jednostek lub grup, które ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną, środowiskową lub uwarunkowania biologiczne są narażone na większe od przeciętnego ryzyko wystąpienia problemów alkoholowych lub/i innych zaburzeń zdrowia psychicznego. Przykładem profilaktyki selektywnej są działania edukacyjne, opiekuńcze i rozwojowe podejmowane wobec dzieci pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym. Działania z tego poziomu profilaktyki są podejmowane ze względu na sam fakt przynależności do takiej grupy, czyli np. bycie dzieckiem osoby uzależnionej od alkoholu, a nie ze względu na występowanie zaburzeń lub problemów psychicznych u takich dzieci. Profilaktyka selektywna jest więc z definicji przede wszystkim działaniem uprzedzającym, a nie naprawczym.

**Profilaktyka wskazująca – ukierunkowana na jednostki (lub grupy) wysokiego ryzyka, demonstrujące pierwsze symptomy problemów alkoholowych.** Są to działania profilaktyczne adresowane do osób (grup osób), które demonstrują wczesne symptomy problemów alkoholowych lub/i innych zaburzeń zachowania lub problemów psychicznych, ale jeszcze nie spełniają kryteriów diagnostycznych picia szkodliwego, uzależnienia od alkoholu lub innych zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu opisanych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Przykładem profilaktyki wskazującej są zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci, które przejawiają wysoki poziom agresji i nieprzystosowania w kontaktach z rówieśnikami, a także interwencje podejmowane wobec uczniów upijających się lub eksperymentujących z narkotykami. Do profilaktyki wskazującej można również zaliczyć niektóre działania mające na celu redukcję szkód zdrowotnych lub

społecznych u osób nadużywających alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych (np. działania edukacyjne i prawne zmierzające do ograniczenia liczby wypadków drogowych popełnianych przez kierowców pod wpływem alkoholu).

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

### **● Prowadzenie na terenie szkół i innych placówek oświatowych i opiekuńczo-wychowawczych programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży**

Osoby zajmujące się realizacją profilaktyki lub ocenianiem ofert programów i działań profilaktycznych zachęcamy do zapoznania się z systemem ocen i rekomendacji programów profilaktyki i promocji zdrowia wprowadzanym w ramach wspólnego projektu Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (koordynator), Ośrodka Rozwoju Edukacji, Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. System został stworzony, aby upowszechnić sprawdzone praktyki i programy profilaktyczne, popularyzować wiedzę na temat skutecznych strategii profilaktycznych oraz metod konstruowania programów. Każdy program nadesłany do systemu będzie poddany ocenie, a rekomendacje będą przyznane na jednym z 3 poziomów:

- 1. „Program obiecujący”** – czyli taki, którego pozytywny wpływ na zachowania i/lub doświadczane przez odbiorców programu problemy nie został potwierdzony w poprawnych metodologicznie badaniach. Jednak sensowna koncepcja teoretyczna programu i dotychczasowe doświadczenia w realizacji działań, udokumentowane wynikami ewaluacji procesu, pozwalają przypuszczać, że program ten może przynosić oczekiwane efekty.
- 2. „Dobra praktyka”** – ocena programu została dokonana poprzez ewaluację formatywną lub ewaluację wyników, która dotyczyła zmian w zakresie czynników pośredniczących (celów szczegółowych programu), a nie samych zmian zachowania (celu głównego programu) lub była przeprowadzona bezpośrednio po zakończeniu oddziaływań albo też nie spełniała innych standardów metodologicznych.
- 3. „Program modelowy”** – wyniki poprawnych metodologicznie badań, potwierdzają pozytywny wpływ programu na zachowania problemowe i to przynajmniej po roku od zakończenia oddziaływań (tzw. odroczone efekty).

Więcej o systemie rekomendacji stronie internetowej [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl) lub na stronie [www.narkomania.gov.pl](http://www.narkomania.gov.pl) lub [www.ore.edu.pl](http://www.ore.edu.pl).

Można sięgać również do standardów jakości programów profilaktycznych, które zostały opracowane przez Wydział Wychowania i Profilaktyki Ośrodka Rozwoju Edukacji i znajdują się na stronie internetowej [www.ore.edu.pl](http://www.ore.edu.pl). Standardy te odnoszą się do wielu obszarów działań profilaktycznych i opisane są w odniesieniu do takich wymiarów jak: bezpieczeństwo uczestników, adekwatność programu, skuteczność, głębokość i czas trwania programu, organizacja, ewaluacja i dokumentacja programu.

Szkoły mając obowiązek tworzyć własną diagnozę oraz szkolny program profilaktyki korzystają często z różnorodnych ofert na realizację programów nadsyłanych z zewnątrz. Skorzystanie z pomocy specjalistów oczywiście może być cennym uzupełnieniem prowadzonych oddziaływań profilaktycznych. Ważne jednak, aby nie zastępowało ono systematycznej pracy nauczycieli w kontakcie indywidualnym i z całą klasą. Szkolny program profilaktyki nie powinien być też ograniczany jedynie do prowadzenia zajęć edukacyjnych przez pojedynczych nauczycieli – składają się na niego bowiem różnorodne elementy:

- tworzenie systemu wsparcia dla uczniów (zespoły interdyscyplinarne),
- normy i regulamin szkoły współtworzony zarówno przez uczniów, rodziców, jak i grono nauczycielskie,
- tworzenie możliwości i uczenie alternatywnych form spędzania wolnego czasu,
- wykorzystanie pewnych treści w ramach przedmiotów,
- realizacja konkretnych procedur i strategii profilaktycznych w ramach godzin wychowawczych czy specjalnych godzin na to przeznaczonych.

Większość tych elementów wymaga nie tyle finansowania, ile współpracy merytorycznej ze strony osób koordynujących gminny program profilaktyki.

Ważne jest, aby pamiętać, że programy profilaktyczne powinny być nie tylko prowadzone metodami aktywizującymi, ale także powinny być interaktywne. Nauczyciel ma za zadanie inicjować proces interakcji, porozumiewania się, dyskusji i weryfikowania umiejętności, uczenia się w kontaktach z innymi, np. w sytuacjach zadaniowych (m.in. programy zawierające elementy kształtowania umiejętności życiowych). Więcej o programach profilaktycznych na stronie internetowej [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl) lub na stronie [www.ore.edu.pl](http://www.ore.edu.pl).

Dokonywanie wyboru programu profilaktycznego do realizacji i finansowania w ramach gminnego programu rozwiązywania problemów alkoholowych powinno opierać się na kryteriach, które wskazują na jakość programu, np.:

- program znajduje się w bazach danych programów rekomendowanych,
- osoby realizujące program posiadają odpowiednio udokumentowane uprawnienia do realizacji (np. zaświadczenia osób prowadzących o ukończonych o szkoleniach),
- odpowiednia intensywność oddziaływania (duża liczba godzin),
- program ma zrobioną ewaluację, a jej wyniki są dołączone do oferty,
- program zawiera szczegółowy opis działań – scenariusze zajęć, załączone materiały dla nauczycieli, uczniów i rodziców,
- opis celów oraz założeń programu jest precyzyjny i realistyczny.

Z analizy ankiet PARPA G1 oraz informacji nadsyłanych przez samorządy za rok 2010 wynika, iż mimo dużych nakładów finansowych wydatkowanych na profilaktykę oraz dużej liczby dzieci i młodzieży uczestniczących w tych działaniach, więk-

szczość z nich ma charakter krótkotrwały i jednorazowy (spektakle, zawody sportowe, festyny, konkursy itp.). Badania dotyczące skuteczności oddziaływań profilaktycznych wskazują na niską efektywność tego typu przedsięwzięć. Warto więc w przygotowywaniu gminnego programu profilaktyki uwzględnić przede wszystkim finansowanie realizacji projektów o potwierdzonej skuteczności i szkoleń, które mogą być wsparciem dla nauczycieli w prowadzonych działaniach wychowawczych i profilaktycznych (o ile szkoła sygnalizuje, iż środki na szkolenia są niewystarczające).

Kładąc nacisk zarówno na diagnozę, jak i ewaluację prowadzonych działań, należy unikać finansowania form i projektów o niepotwierdzonej skuteczności.

**Zgodnie ze stanowiskiem WHO Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych nie rekomenduje podejmowania współpracy w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych z przedstawicielami przemysłu alkoholowego.**

Coraz częściej zdarza się bowiem, iż za ofertą realizacji czy sfinansowania oddziaływań profilaktycznych stoi przemysł alkoholowy. W programach realizowanych na zlecenie przemysłu alkoholowego bardzo często w sposób nadmierny podkreślane są pewne niekorzystne treści przy jednoczesnym ignorowaniu innych ważnych informacji (np. skupienie się na uczeniu kontroli picia i podkreślanie kultury spożywania napojów alkoholowych, budowanie pozytywnych skojarzeń przy jednoczesnym pomniejszaniu wartości abstynencji, przemilczeniu ryzyka strat bieżących czy szkodliwości napojów alkoholowych nie tylko dla młodych ludzi, ale również dla osób dorosłych). W opinii ekspertów łączenie działań profilaktyczno-edukacyjnych na temat spożywania alkoholu z działalnością przemysłu alkoholowego zakłóca przejrzystość i jednoznaczność komunikatu kierowanego do młodzieży.

W działaniach profilaktycznych powinniśmy przede wszystkim skupiać się na ich skuteczności. Argumenty finansowe czy przekonywanie o atrakcyjności dla młodych ludzi proponowanego przez przemysł alkoholowy programu w żaden sposób nie powinny wpływać na nawiązywanie współpracy.

### ● **Podjęcie działań o charakterze edukacyjnym przeznaczonych dla rodziców**

Celem takich działań jest wspieranie abstynencji dziecka i przygotowanie go do podejmowania świadomych i odpowiedzialnych decyzji związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Mocna więź z rodzicami, normy dotyczące substancji psychoaktywnych wyniesione z domu oraz umiejętność budowania wokół dziecka nie tylko systemu kontroli, ale i wsparcia – są ważnymi czynnikami chroniącymi młodych ludzi przed sięganiem po substancje psychoaktywne. Przykładem takich działań są programy mające na celu rozwijanie umiejętności wychowawczych (np.: Szkoła dla rodziców), wspieranie rodziców w trudnościach wychowawczych, prowadzenie grup wsparcia, poradnictwa, konsultacji specjalistów czy telefonu zaufania. Podobnie jak w przypadku programów dla dzieci i młodzieży warto podkreślić, iż realizując zajęcia krótkotrwałe (np. pogadanki) nie osiągniemy tak trwałych efektów jak poprzez zajęcia realizowane w dłuższych formach. Wybierając programy dla dzieci i młodzieży można też sprawdzać, czy zawierają również moduły zajęć dla rodziców. Programy opierające się na równoległym oddziaływaniu na rodziców, jak i ich dzieci (np. Program Domowych Detektywów) w ocenie specjalistów zajmujących się profilaktyką są najbardziej skuteczne.

## ● **Wdrażanie programów profilaktyczno-interwencyjnych dla młodzieży upijającej się**

W tym przypadku należy oddzielić dwa obszary działań: pracę terapeutyczną po zdiagnozowaniu uzależnienia i działania korekcyjno-wychowawcze – skierowane do osób eksperymentujących z różnymi środkami psychoaktywnymi. Jeżeli chodzi o programy terapeutyczne dla młodych ludzi uzależnionych od alkoholu, mogą być one realizowane jedynie w placówkach lecznictwa odwykowego. Działania interwencyjno-korekcyjne mogą być realizowane również w szkole przez przeszkolonych nauczycieli, przy wykorzystaniu np.: procedury „Interwencji profilaktycznej” opracowanej przez zespół Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej PRO-M Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie lub programu „Korekta” (przeznaczonego dla młodzieży pełnoletniej, w uzasadnionych przypadkach wykorzystywanego do pracy w starszych klasach szkół ponadgimnazjalnych). Przykładem pozaszkolnego programu interwencyjno-profilaktycznego jest TUKAN – Trening umiejętności kontroli zachowań związanych z alkoholem i narkotykami, opracowany przez Stowarzyszenie Wspierania Rozwoju Dzieci i Młodzieży z Łodzi. Przykładem działań pomocowych dla rodziców może być np. „Pomarańczowa Linia” – telefon pomagający rodzicom dzieci, które piją/upijają się. Ogólnopolski telefon „Pomarańczowa Linia” 0 801 14 00 68 działa od poniedziałku do piątku w godz. 14:00–20:00.

## ● **Wspieranie programów i przedsięwzięć profilaktycznych opracowywanych i realizowanych przez młodzież, skierowanych do grup rówieśniczych**

Istotnym zadaniem jest także wspieranie rozwoju i działalności wolontariatu (warsztaty, szkolenia pogłębiające wiedzę i umiejętności z zakresu profilaktyki problemowej i promocji zdrowia) oraz realizowanie programów aktywizujących samorządy uczniowskie, grupy liderские czy młodzieżowe samorządy. Przykładem programów wspierających liderów młodzieżowych są np.: Śnieżna Kula, Młodzieżowe Ochotnicze Pogotowie Rówieśnicze – MOPR, program Rówieśniczych Doradców, Starszy brat, starsza siostra. Jedną z form profilaktyki może być też angażowanie młodych ludzi w przygotowywanie przedsięwzięć profilaktycznych dla ich rówieśników np.: spektakli teatralnych, happeningów itp.

PARPA od 2006 r. organizuje Młodzieżowy Ogólnopolski Przegląd Spektakli Profilaktycznych przygotowanych przez młodzież. Udział w nim opiera się na aktywnej współpracy z młodymi ludźmi, którzy byli zaangażowani w pracę nad tworzeniem scenariusza oraz opracowywaniem scenografii. Możliwość opowiedzenia o problemach swoich rówieśników, wyrażenia swoich emocji, uczenia się umiejętności aktorskich czy reżyserskich może stać się ciekawym i wartościowym **uzupełnieniem** programów profilaktycznych. Jednocześnie – prezentując to, co przygotowali wśród swoich rówieśników – młodzi ludzie mogą w pozytywny sposób oddziaływać na swoje środowisko: nie tylko poprzez prezentację spektaklu, ale również swoją postawą, zaangażowaniem, pasją.

## ● **Dofinansowanie szkoleń, kursów specjalistycznych w zakresie pracy profilaktycznej z dziećmi, młodzieżą oraz rozwijanie umiejętności prowadzenia zajęć profilaktycznych organizowanych dla nauczycieli, pedagogów, psychologów**



- **Realizacja środowiskowych programów profilaktycznych skierowanych do dzieci i młodzieży**

Należy zadbać o to, aby projekt był szczegółowo opisany i zaplanowany, poddawany próbom oceny jego skuteczności, aby jak najlepiej pozwolił na realizację zakładanych celów. Szczególnie cenne będą projekty działań długofalowych i systematycznych, skierowanych do dzieci ze środowisk szczególnie zagrożonych zachowaniami problemowymi, np.: programy animatorów podwórkowych, pedagogów ulicy czy kluby młodzieżowe. Jeżeli gmina decyduje się na organizację festynu czy pikniku rodzinnego i finansuje to przedsięwzięcie w ramach gminnego programu jako profilaktyczne działania środowiskowe to niedopuszczalną sytuacją jest sprzedawanie w tym czasie alkoholu. Spożywanie napojów alkoholowych w obecności dzieci jest negatywnym modelowaniem postaw wobec alkoholu i należy unikać tego typu powiązań. Tak więc, jeżeli gmina planuje organizację takiego wydarzenia wójt czy burmistrz nie powinien wyrazić zgody na sprzedaż alkoholu na terenie miejsca organizacji imprezy. Nawet przy realizacji wydarzeń jednorazowych należy zadbać o to, aby były one wpisane w szerszy program profilaktyczny – by odwoływały się do zdobytych wcześniej doświadczeń, wiedzy, umiejętności lub do innych projektów profilaktycznych realizowanych lokalnie.

- **Podjęcie działań edukacyjnych skierowanych do sprzedawców napojów alkoholowych oraz działań kontrolnych i interwencyjnych, mających na celu ograniczenie dostępności napojów alkoholowych i przestrzeganie zakazu sprzedaży alkoholu osobom poniżej 18. roku życia**

W szkoleniach właścicieli punktów sprzedaży napojów alkoholowych należy uwzględnić nie tylko aspekty prawne, lecz również obszar osobistych motywacji (np.: postawy rodzicielskie, mity na temat alkoholu) oraz umiejętności praktyczne (ćwiczenie scen asertywnego odmawiania). Szkolenia nie mogą być uzależniane od wyników procedury wydawania zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych. W szkoleniach mogą brać udział nie tylko właściciele punktów sprzedaży napojów alkoholowych, ale również osoby bezpośrednio sprzedające alkohol (wskazane szczególnie w przypadku ćwiczenia konkretnych umiejętności radzenia sobie w różnych sytuacjach).

Dział ds. Rodziny i Młodzieży PARPA dysponuje listą instruktorów przygotowanych do prowadzenia szkoleń dla sprzedawców w zakresie stosowania zakazu sprzedaży alkoholu nieletnim (lista instruktorów dostępna na stronach [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl)).

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

Diagnoza środowiska uwzględniająca m.in.: analizę problemu oraz zapotrzebowania na działania z zakresu profilaktyki pierwszorzędowej bądź działania korekcyjne, interwencyjne dla grup ryzyka nie zawsze musi oznaczać przeprowadzenie dogłębnych badań socjologicznych na reprezentatywnej próbie młodzieży. Powinna jednak być rzetelnym określeniem problemu związanego z używaniem substancji psychoaktyw-



nych. Przygotowując diagnozę warto wykorzystać przede wszystkim informacje od nauczycieli i wychowawców klas, rozmowy z rodzicami i uczniami, obserwację zachowań uczniów, analizę dokumentów szkolnych i innych publikacji na tematy poświęcone profilaktyce czy wreszcie krótkie ankiety (np.: dotyczące klimatu szkoły, poczucia satysfakcji z uczestniczenia w programie profilaktycznym, sposobu prowadzenia interwencji wobec uczniów sięgających po narkotyki itd.).

W przypadku planowania badań na większą skalę, sugerujemy zastosowanie takich narzędzi, aby wyniki badań można było porównać z wynikami ogólnopolskich badań ESPAD. Przy realizacji jakichkolwiek badań czy też programów profilaktycznych należy jednak pamiętać o wcześniejszym poinformowaniu rodziców o takich działaniach. Pozwoli to nie tylko na uniknięcie ewentualnych zarzutów o brak zgody, ale wzmocni nasze działania i rozszerzy je na różne kierunki oddziaływań. Rodzice bowiem mogą podjąć ten temat w rozmowach, odwoływać się do pewnych norm czy też podsuwać rozwiązania w trudnych dla dziecka sytuacjach (np. namawiania przez innych do wypicia alkoholu).

Warto również podkreślić, że podstawową rolą ewaluacji jest rozwój i poprawa jakości prowadzonych działań oraz wzrost kompetencji i umiejętności realizatorów. Ewaluacja nie powinna być traktowana jako instrument kontroli instytucji nadzorujących. Trzeba ją dostosować do możliwości i potrzeb szkoły czy innych realizatorów programu. Warto wykorzystywać jakościowe metody zbierania danych (i ograniczać nadmierne ankietowanie uczniów), czyli informacje i refleksje na temat odbioru działań profilaktycznych poprzez jego realizatorów i odbiorców (uczniowie, rodzice).

### ● Realizacja pozalekcyjnych zajęć sportowych

Należy podkreślić, że zajęcia sportowe **nie mogą stanowić jedynej i samodzielnej strategii profilaktycznej**. Powinny być integralnym elementem programu profilaktycznego i pełnić funkcję uzupełniającą w stosunku do innych działań profilaktycznych. Jak wykazały m.in. badania realizowane przez Pracownię Profilaktyki Młodzieżowej Pro-M Instytutu Psychiatrii i Neurologii wśród warszawskich gimnazjalistów, mimo potocznego postrzegania sportu jak panaceum na wszelkie problemy, udział w grupowych zajęciach sportowych wiąże się m.in.: z większym ryzykiem angażowania się w bójki w szkole oraz większym ryzykiem spożywania alkoholu.

Zajęcia sportowe powinny się odwoływać do strategii profilaktycznych (np.: osobistych decyzji abstynenckich, przekonań normatywnych – „prawdziwy sportowiec prowadzi zdrowy styl życia, nie pije, nie pali, nie używa narkotyków, sterydów”). Powinny one także wzmocniać czynniki chroniące, zwłaszcza poprzez ukazywanie autorytetów promujących wzorzec trzeźwości (trenera, znanych sportowców, nauczycieli wychowania fizycznego itp.) i rozwijanie zainteresowań, z wyraźnym zakreśleniem norm zachowania w różnych sytuacjach (postawa wobec używek, rozwiązywanie konfliktów, eliminowanie przemocy). Wskazane jest, by osoby prowadzące takie zajęcia miały odpowiednie kompetencje merytoryczne. Dlatego warto realizować dla nich specjalne szkolenia z zakresu znajomości strategii profilaktycznych, zasad pracy z młodzieżą z grup ryzyka i sytuacji psychologicznej dziecka w rodzinie alkoholowej. Należy zwró-

cić uwagę również na to, by były to osoby stanowiące dobry przykład dla młodych ludzi – aby przekaz profilaktyczny był zgodny z ich rzeczywistymi zachowaniami.

Pozalekcyjne zajęcia sportowe, stanowiące element oddziaływań profilaktycznych, powinny obejmować:

- zasady, normy postępowania zapisane w formie regulaminu zajęć (m.in.: zakaz używek, przeklinania, reguły fair play itp.). Zaleca się, aby uczestnicy zajęć, po zapoznaniu się z zasadami, podpisali kontrakt – zobowiązanie do ich przestrzegania (mogą również wprowadzić swoje reguły niezależne od narzuconego regulaminu),
- trening umiejętności życiowych, uczenie rozwiązywania konfliktów, gry fair-play, radzenia sobie z trudnymi emocjami, ponoszenia konsekwencji decyzji, komunikacji w grupie itp.,
- współpracę z rodzicami: angażowanie ich np.: w formie klubu kibica albo udziału w zawodach razem z dziećmi bądź osobnych; umożliwienie im podejmowania i realizowania własnych pomysłów (np.: organizacji zawodów, treningów w innym miejscu niż dotychczas).

Dobrym przykładem różnych przedsięwzięć edukacyjnych łączących sport i profilaktykę mogą być projekty takie jak: „Jestem Kibicem przez duże K” (projekt związany z przygotowaniem do Mistrzostw Europy w Piłce Nożnej) albo „Młodzi Młodym czyli Zdrowo na Sportowo”.

Rekomendowane jest objęcie zajęciami sportowymi dzieci z grup ryzyka, które uczestniczą w zajęciach w świetlicach socjoterapeutycznych i opiekuńczo-wychowawczych.

Należy pamiętać, że szczególnie w odniesieniu do dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, których udział w tego typu zajęciach jest wskazany, powinno się zwrócić szczególną uwagę na ich bezpieczeństwo psychiczne np.: uwzględnianie systemów wartości uczniów i stopnia ich wrażliwości, zapewnienie wsparcia ale i dyskrecji, unikanie sytuacji i komunikatów, które mogą nieść treści szkodliwe dla psychiki i rozwoju młodego człowieka. Nie chodzi tu tylko o pomniejszanie poczucia wartości, lecz również np.: o utwierdzenie w roli, w jakiej dziecko funkcjonuje w swoim środowisku, rodzinie (np.: bohatera, kozła ofiarnego).

Ważne jest również, aby obok elementów rywalizacji wprowadzać jak najwięcej elementów współpracy, zaangażowania całego zespołu, doceniania każdego członka grupy. Należy też interweniować w sytuacjach, gdy grupa z jakiegoś powodu odrzuca kogoś z członków (prowadzący powinien posiadać takie umiejętności, aby rozwiązywać takie sytuacje i udzielać wtedy wsparcia w szczególny sposób).

W ramach finansowania realizacji zajęć sportowych możliwe są wydatki materiałowe, np. na zakup sprzętu sportowego, jednak powinny być one częścią programu. Należy zadbać o odpowiednie proporcje w nakładach finansowych. Zgodnie z zapisem ustawowym środki mają być przeznaczone na prowadzenie zajęć sportowych, a **nie na finansowanie inwestycji (budowy boisk, remontów obiektów sportowych)**. **Dobłą inwestycją natomiast może być zatrudnianie animatorów prowadzących szeroko dostępne działania sportowe i edukacyjno-profilaktyczne na obiektach sportowych.**

Należy pamiętać o tym, że ustawodawca **przewidział znaczne środki na budowę infrastruktury sportowej w Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej** utworzonym na mocy ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz.U. z 2009 r. poz. 1540 ze zm.).

Organizowanie zawodów/impres sportowych finansowanych z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych jest uzasadnione tylko w takich przypadkach, jeżeli są one elementem prowadzonych pozalekcyjnych zajęć sportowych.

Bezwzględnie należy unikać reklam bądź sponsorowania zajęć/impres sportowych dla dzieci i młodzieży przez producentów napojów alkoholowych.

Warto przypomnieć, że zgodnie z art. 13<sup>5</sup> Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi minister właściwy do spraw kultury fizycznej i sportu jest dysponentem Funduszu Zajęć Sportowo-Rekreacyjnych dla uczniów, a dofinansowanie zajęć sportowych odbywa się zgodnie z rozporządzeniem Ministra Sportu z 31 października 2005 r. w sprawie dofinansowania zajęć ze środków Funduszu Zajęć Sportowo-Rekreacyjnych dla uczniów (Dz.U. Nr 226, poz. 1942). Środki na ten fundusz są pozyskiwane z opłat za reklamę napojów alkoholowych. Zarówno gminy, jak i organizacje pozarządowe mogą ubiegać się o te środki w Ministerstwie Sportu.

## **Edukacja publiczna w zakresie problematyki alkoholowej**

### **Wprowadzenie**

Prowadzenie edukacji publicznej jest jednym z zadań gminy związanym z realizacją lokalnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Działania edukacyjne i informacyjne wzmacniają skuteczność innych narzędzi lokalnej polityki wobec alkoholu. W interesie każdego samorządu leży poinformowanie społeczności lokalnej o tym, gdzie i jak szukać pomocy w sytuacjach związanych z negatywnymi konsekwencjami używania alkoholu. Systematyczne edukowanie i szkolenia profesjonalistów pracujących zawodowo w systemie pomocy dzieciom, młodzieży, rodzinom i osobom z problemem alkoholowym oraz decydentów, którzy pracują w obszarze lokalnej polityki wobec alkoholu, są ważnym elementem profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w gminie. Aktywizacja lokalnych mediów oraz pozyskanie ich jako sprzymierzeńców w tej dziedzinie jest również nie bez znaczenia. Ważne jest także promowanie aktywności gminy w zakresie profilaktyki alkoholowej na forum regionalnym, krajowym i międzynarodowym. Jest to szczególnie istotne, ponieważ – w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej – polski system rozwiązywania problemów alkoholowych i jego decentralizacja daje szansę każdemu samorządowi na wypracowanie skrojonych na miarę skutecznych rozwiązań.

### **Rekomendowane w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych działania z zakresu edukacji publicznej**

- **Tworzenie sieci punktów informacyjnych z danymi o dostępnej ofercie pomocy na terenie gminy i/lub powiatu w zakresie problemów alkoholowych.** Można do tego wykorzystać tablice informacyjne w ośrodkach pomocy społecznej, ośrod-

kach zdrowia, komisariatach i komendach policji, parafiach, siedzibach organizacji pozarządowych, punktach konsultacyjnych, poradniach psychologiczno-pedagogicznych, poradniach zdrowia psychicznego, świetlicach socjoterapeutycznych, sądach, szkołach, urzędach itp. Niezbędnym elementem lokalnej polityki wobec alkoholu jest rozpowszechnienie informacji o miejscach pomocy i ich ofercie w postaci ulotek, plakatów, ogłoszeń prasowych czy też w Internecie.

- **Prowadzenie stałego interaktywnego systemu informacji o działaniach podejmowanych na terenie gminy w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych** np.: wydawanie biuletynu, dodatku do gazety, stałej rubryki informacyjnej w lokalnej gazecie czy stałego bloku informacyjnego w lokalnym radiu/telewizji, redagowanie strony internetowej poświęconej w/w tematyce itp. Istotnym elementem tego systemu powinna być interaktywna komunikacja ze społecznością lokalną i reagowanie na jej potrzeby i oczekiwania.
- **Prowadzenie lokalnych kampanii edukacyjnych związanych z profilaktyką problemów alkoholowych.** Rekomendowane jest prowadzenie systematycznych – cyklicznych lub ciągłych – działań edukacyjnych. Jednorazowe akcje, takie jak festyny, obchody lokalnych dni trzeźwości czy światowego dnia FAS (Fetal Alcohol Syndrome, 9 września każdego roku), happeningi, pikniki, konferencje prasowe, debaty w lokalnych mediach itp. **należy organizować tylko jako element promujący inne, systematyczne działania edukacyjne.** Rekomendowane jest włączanie się w takie ogólnopolskie kampanie edukacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, które nie są jedynie jednorazowymi akcjami. W ramach kampanii edukacyjnych należy: organizować konferencje, narady, seminaria i szkolenia dla różnych grup zawodowych pracujących w systemie pomocy dzieciom, młodzieży, rodzinom i osobom z problemem alkoholowym, a także w systemie przeciwdziałania przemocy.
- **Wykorzystywanie dobrze przygotowanych materiałów edukacyjnych dla określonych grup adresatów** – młodzieży, sprzedawców, pracowników służby zdrowia, pracowników pomocy społecznej, nauczycieli, rodziców, policjantów, samorządowców, pacjentów placówek leczenia odwykowego i innych, klientów punktów konsultacyjnych dla rodzin z problemem alkoholowym i ofiar przemocy, kierowców itp. – broszury, plakaty, ulotki z profilaktycznymi treściami edukacyjnymi dotyczącymi problematyki alkoholowej. Należy angażować w samorządowe działania edukacyjne i informacyjne lokalnych i regionalnych tzw. VIP-ów, osoby znane, sportowców, artystów i inne autorytety społeczne w celu większej skuteczności oddziaływań.
- **Pozyskiwanie dla podejmowanych działań patronatów instytucji, organizacji i firm cieszących się uznaniem oraz patronatów medialnych lokalnych i regionalnych mediów.** Nadaje to wyższą rangę przekazywanym komunikatom i podnosi ich wiarygodność. Należy przy tym pamiętać, że nie jest rekomendowana współpraca z przedstawicielami przemysłu alkoholowego. W niektórych przypadkach taka współpraca może wręcz obniżać, a nie podnosić, wiarygodność działań profilaktycznych lub edukacyjnych dotyczących problematyki alkoholowej.

- **Edukacja lokalnych decydentów i radnych** co do wagi i skali problematyki alkoholowej poprzez zapraszanie ich do lokalnych debat, kampanii edukacyjnych, udziału w imprezach profilaktycznych; zapoznawanie z lokalną i ogólnopolską diagnozą problemów alkoholowych. Edukacja ta odbywać się także powinna poprzez prenumeratę lub zakup specjalistycznych opracowań, czasopism, publikacji pogłębiających wiedzę na ten temat.
- **Budowanie lokalnych koalicji** na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych – także w ramach porozumień z innymi samorządami lokalnymi czy współpracy z samorządem województwa i nagłaśnianie tych struktur przy okazji różnych wydarzeń w gminie.
- **Wspieranie edukacji** osób pracujących zawodowo w systemie rozwiązywania problemów alkoholowych poprzez prenumeratę lub zakup specjalistycznych opracowań, czasopism, publikacji, materiałów multimedialnych.
- **Aktywna współpraca z lokalnymi i regionalnymi mediami**, monitorowanie zawartości pojawiających się tam artykułów pod kątem problematyki alkoholowej, inicjowanie artykułów na ten temat, w razie potrzeby przygotowywanie sprostowań, prezentowanie w lokalnych i regionalnych mediach gminnych działań profilaktycznych i ich efektów, prezentowanie wyników lokalnych badań, planów działań itp.
- **Monitorowanie skali problemów alkoholowych w środowisku lokalnym** poprzez prowadzenie badań i sondaży, lokalnych diagnoz i ekspertyz (samodzielnie lub zlecając je profesjonalnym instytucjom), pozwalających ocenić aktualny stan problemów alkoholowych na różnych płaszczyznach (np.: picie młodzieży, lecnictwo odwykowe, przeciwdziałanie przemocy, profilaktyka szkolna i środowiskowa, zmiany na rynku napojów alkoholowych, marketing alkoholowy: reklama, promocja, sponsoring itp.), a także ewaluacja prowadzonych działań profilaktycznych oraz rozpowszechnianie wyników tych badań w środowisku lokalnym.
- **Promowanie działań gminy** na forum regionalnym, krajowym i międzynarodowym poprzez udział w konferencjach, seminariach i innych spotkaniach organizowanych przez województwa, instytucje centralne czy też międzynarodowe.

## **Działania na rzecz przeciwdziałania nietrzeźwości kierowców**

### **Wprowadzenie**

Problem nietrzeźwości kierowców ściśle wiąże się z bezpieczeństwem w miejscach publicznych i należy do katalogu spraw, które powinny zostać uwzględnione w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Wynika to przede wszystkim z faktu, iż nietrzeźwość kierowców zmniejsza bezpieczeństwo mieszkańców na terenie danej gminy oraz ich poczucie respektowania obowiązującego prawa.

Działania na rzecz przeciwdziałania nietrzeźwości kierowców można podzielić na trzy grupy:

- działania edukacyjne,
- działania interwencyjno-sprawdzające,
- działania resocjalizacyjne wobec kierowców zatrzymanych za jazdę w stanie nietrzeźwości.

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

### **● Organizowanie lokalnych i regionalnych kampanii oraz innych kompleksowych działań edukacyjnych związanych z przeciwdziałaniem nietrzeźwości kierowców**

Wskazane jest tworzenie lokalnych koalicji złożonych z przedstawicieli instytucji i organizacji działających na rzecz bezpieczeństwa na drogach. Prowadzenie kampanii społecznych czy innych działań edukacyjnych powinno być równocześnie uzupełnione zwiększeniem liczby kontroli trzeźwości kierowców na drogach. Dlatego warto w ramach tych działań nawiązać współpracę z policją.

W ramach tej współpracy samorząd może dokonać zakupu alkometru, który może być jednak wyłącznie elementem gminnych działań związanych z przeciwdziałaniem nietrzeźwości kierowców, a nie być traktowanym jako „doposażenie“ czy „wsparcie“ policji. Prowadzenie edukacji może odbywać się również poprzez przekazywanie materiałów edukacyjnych kierowcom podczas kontroli czy do odpowiedniej komórki urzędu zajmującego się wydawaniem praw jazdy czy też szkół nauki jazdy.

Ważne jest również nawiązanie współpracy z mediami lokalnymi w celu informowania społeczności o działaniach prowadzonych na rzecz trzeźwości kierowców. Warto pozyskać lokalne media jako sprzymierzeńca w działaniach zmierzających do zmniejszenia liczby kierujących pod wpływem alkoholu. Media mogą odegrać istotną rolę w prowadzeniu edukacji publicznej w tym zakresie publikując choćby informacje na temat wpływu alkoholu na organizm człowieka i umiejętność kierowania pojazdem mechanicznym czy też wywiady z lokalnymi ekspertami w tej dziedzinie.

### **● Prowadzenie szkoleń dla kandydatów na kierowców w szkołach nauki jazdy**

Przy organizacji powyższych szkoleń należy zadbać szczególnie o trzy rzeczy:

- nawiązanie stałej współpracy z ośrodkami szkolenia kierowców,
- wybór odpowiednich osób prowadzących zajęcia; osoby te powinny posiadać wiedzę, umiejętności oraz doświadczenie w prowadzeniu tego rodzaju szkoleń,
- realizację rekomendowanego (sprawdzonego) zakresu merytorycznego szkolenia.

Więcej informacji na temat rekomendowanego zakresu programu zajęć dla kandydatów na kierowców oraz wymagań wobec osób prowadzących znaleźć można na

stronie [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl), a także w broszurze „Akademia Trzeźwego Kierowcy“ wydanej przez P ARPAMEDIA.

- **Organizowanie specjalistycznych szkoleń z zakresu problematyki alkoholowej dla kierowców zawodowych**

Tu również rekomenduje się zadbanie o właściwe kwalifikacje osób prowadzących tego typu szkolenie oraz zakres merytoryczny programu aby były one zgodne z obowiązującym w tym zakresie stanem wiedzy i standardami.

- **Organizowanie programów psychokorekcyjnych dla kierowców zatrzymanych za jazdę w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu**

Odbiorcami tego programu są osoby odbywające karę pozbawienia wolności bądź te, które otrzymały kary w zawieszeniu za w/w czyny. W celu realizacji programu przeznaczonego dla osób ukaranych wyrokiem w zawieszeniu niezbędne jest nawiązanie współpracy z sądami rejonowymi, wydziałami karnymi i zaproponowanie – jako środka oddziaływań wobec skazanych kierowców – udziału w powyższym programie. Pomocnym argumentem w kontakcie z wymiarem sprawiedliwości będzie informacja, iż program psychokorekcyjny ma na celu przede wszystkim powstrzymanie kierowcy przed ponownym prowadzeniem pojazdów pod wpływem alkoholu.

Przy realizacji tego typu zadania szczególnie należy zadbać o kwalifikacje osób go realizujących oraz adekwatne merytorycznie treści programu dopasowane do potrzeb tej określonej grupy odbiorców.

Należy mieć na uwadze, iż programy edukacyjne dla kandydatów na kierowców często są mylone z programami psychokorekcyjnymi dla osób zatrzymanych za jazdę w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu. Cel główny tych programów jest wspólny: zmniejszenie liczby kierowców jeżdżących pod wpływem alkoholu. Pod względem merytorycznym jednak są to dwa różne programy: o różnej dynamice, kierowane do dwóch różnych grup odbiorców (ze względu na specyfikę sytuacji), zawierające nieco inne treści i wymagające różnych umiejętności od osób prowadzących zajęcia. Program dla osób zatrzymanych jest dłuższy i bardziej wielowymiarowy. Jednym z jego celów jest zmiana postaw i przekonań kierowców poprzez przepracowanie dotychczasowych doświadczeń z kierowaniem pod wpływem alkoholu. Natomiast program dla kandydatów na kierowców ma głównie charakter edukacyjno-profilaktyczny i ma na celu modelowanie właściwych zachowań w przyszłości.

## **Działania na rzecz przeciwdziałania nietrzeźwości w miejscach publicznych**

### **Wprowadzenie**

Działania na rzecz przeciwdziałania nietrzeźwości w miejscach publicznych należą do katalogu zadań, jakie powinny się znaleźć w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Nie mogą one jednak koncentrować się



na rozwiązywaniu doraźnych problemów związanych z samą nietrzeźwością, ale mieć szerszy kontekst np. skupić się na wzmocnieniu współpracy interdyscyplinarnej odpowiednich służb i instytucji. Operacyjne i logistyczne zapewnienie bezpieczeństwa mieszkańcom i utrzymanie porządku publicznego nie należy do katalogu zadań gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (niezależnie od przyczyn określonych zdarzeń).

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

### **• Podnoszenie kompetencji zawodowych przedstawicieli służb kontaktujących się z osobami nietrzeźwymi**

Jedną z niewątpliwie potrzebnych umiejętności do profesjonalnego wykonywania swoich obowiązków przez przedstawicieli służb jest umiejętność nawiązania kontaktu z osobą nietrzeźwą. W tym celu samorząd gminny ma możliwość organizacji lokalnych szkoleń dla przedstawicieli poszczególnych służb na temat umiejętnego kontaktowania się i postępowania z klientami (petentami, pacjentami) będącymi pod wpływem alkoholu.

### **• Inicjowanie działań na rzecz współpracy służb i instytucji odpowiedzialnych za bezpieczeństwo w miejscach publicznych (np. policji i straży miejskiej)**

W tym celu rekomenduje się opracowanie wspólnej strategii zwiększającej skuteczność egzekucji prawa w zakresie zakazu spożywania napojów alkoholowych w miejscach publicznych. Cenne może okazać się powołanie interdyscyplinarnego zespołu specjalistów spotykającego się kilka razy do roku celem monitorowania stanu realizacji w/w strategii. Warto też wdrażać działania zwiększające bezpieczeństwo na określonych terenach szczególnie sprzyjającym niebezpiecznym zachowaniom.

## **Działania na rzecz ograniczenia populacji osób pijących ryzykownie i szkodliwie**

### **Wprowadzenie**

Negatywne konsekwencje spożywania alkoholu dotyczą nie tylko osób uzależnionych, ale również spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie. Osoby takie nie mają objawów pozwalających zdiagnozować uzależnienie. Piją za dużo, za często, w nieodpowiednich okolicznościach. Ich styl picia powoduje szkody zdrowotne, psychologiczne i społeczne.

Okolo 20% wszystkich zgłoszeń pacjentów do podstawowej opieki zdrowotnej ma swoje źródło w problemach spowodowanych nadużywaniem alkoholu. Oznacza to, że osoby te nie potrzebowałyby porad lekarskich, gdyby w zalecany sposób ograniczyły spożywanie alkoholu. W związku z tym Światowa Organizacja Zdrowia opracowała dla lekarzy pierwszego kontaktu metodę szybkiego i prostego dokonywania testów przesiewowych oraz przeprowadzania interwencji w przypadku rozpoznania



nadużywania przez pacjenta alkoholu (zarówno w sytuacji pojawienia się szkód zdrowotnych, jak i ryzyka ich wystąpienia) bądź podejrzenia uzależnienia. Wspieranie lekarzy pierwszego kontaktu w stosowaniu metod wczesnego rozpoznawania i krótkiej interwencji (WRKI) powinno być jednym z priorytetowych zadań zapisanych w programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

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

### **• Zakup programu WRKI realizowanego przez podstawową opiekę zdrowotną**

Procedura WRKI nie wchodzi w zakres świadczeń zdrowotnych refundowanych przez NFZ. Należy rozważyć zakup programu WRKI realizowanego przez podmiot prowadzący działalność leczniczą (np. lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej), który – jako program zdrowotny – musi zostać poddany ocenie AOTM. Podstawą opisanego programu mogą być informacje zawarte w publikacji: Anderson P., Gual A., Colom J. „Alkohol i podstawowa opieka zdrowotna” Wydawnictwo Parpamedia, Warszawa, 2005.

### **• Szkolenia lekarzy i pielęgniarek w obszarze WRKI**

Dla realizacji programu WRKI niezbędne jest przeszkolenie lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej. PARPA w 2009 r. – we współpracy z Kolegium Lekarzy Rodzinnych oraz Uniwersytetem Medycznym w Łodzi – opracowała program szkolenia dla personelu medycznego POZ oraz wyszkoliła 35 lekarzy do prowadzenia szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek w obszarze WRKI. Przygotowano również materiały edukacyjne dla pracowników POZ i pacjentów. Za udział w szkoleniu prowadzonym przez lekarzy-edukatorów, według programu zaakceptowanego przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi, PARPA i Kolegium Lekarzy Rodzinnych, lekarze otrzymują 9 punktów edukacyjnych. Program szkolenia, lista lekarzy-edukatorów oraz procedura pozyskiwania punktów edukacyjnych jest umieszczona na stronie internetowej [www.wyhamujwpore.pl](http://www.wyhamujwpore.pl).

### **• Zakup materiałów edukacyjnych dla personelu medycznego i pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej**

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

## Rozdział IV

### Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych

#### Wprowadzenie

Samorząd – realizując poszczególne zadania gminnego programu – może powierzyć je organizacji pozarządowej lub wesprzeć organizację w realizacji zadań, które wpisują się w zawartość gminnego programu. Bieżące wydatki związane z działalnością organizacji pozarządowej (np.: czynszu, zatrudnienia, zakupu wyposażenia) mogą być finansowane przez samorząd gminny, jeżeli zostaną uwzględnione przy realizacji poszczególnych zadań objętych umową. Nie ma możliwości przekazania tzw. dotacji podmiotowej, która obejmowałaby tylko i wyłącznie finansowanie bieżących wydatków organizacji pozarządowej. Przy procedurze zlecenia zadań organizacjom pozarządowym zastosowanie ma Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Należy jednocześnie zwrócić uwagę na jej nowelizację z dnia 22 stycznia 2010 r., która zmieniła szereg regulacji w zakresie współpracy samorządów gminnych z organizacjami pozarządowymi, w tym również w zakresie zlecenia im do realizacji zadań publicznych.

Przy realizacji zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych wśród wielu organizacji pozarządowych partnerem ważnym, a niestety nadal bardzo często niedocenianym, są dla gminy stowarzyszenia abstynenckie. To one niejednokrotnie stanowią ważne miejsce promowania zdrowego i trzeźwego stylu życia dla uzależnionego i jego rodziny oraz podejmują działania na rzecz rozwiązywania problemów alkoholowych na poziomie lokalnym. **Zakres współpracy ze stowarzyszeniami abstynenckimi będzie zależał od lokalnych potrzeb i uwarunkowań, jednak podkreślić należy potrzebę, celowość i zasadność znaczącego udziału środowiska stowarzyszeń abstynenckich w działaniach w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych realizowanych przez samorządy.**

Ruchy i społeczności trzeźwościowe mogą mieć nieformalny i formalny charakter np.:

- 1. Ruch AA** (Anonimowi Alkoholicy) z jego odgałęzieniami: Al-Anon (wspólnota rodzin i bliskich osób z problemem alkoholowym), Al-Ateen (wspólnota dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym). Ruch AA jest całkowicie pozaformalną, dobrowolną i nieprofesjonalną wspólnotą trzeźwościową. Zgodnie z ideami jego funkcjonowania udzielanie jakichkolwiek dotacji z zewnątrz na rzecz działań lub programów każdego z tych ruchów jest niedozwolone, ponieważ narusza ich zasady ideowe oraz obowiązujące przepisy prawa. Możliwe jest natomiast nieodpłatne udostępnianie lokalu należącego do gminy na spotkania grup.
- 2. Grupa wsparcia** – jedna z ważnych form samopomocy mająca nieformalny charakter. Z samej idei, o jej powstaniu, czasie trwania, celach decydują sami zain-

interesowani czyli osoby, które łączy wspólny problem. Z założenia powinny być to spotkania ludzi oparte na ich własnej inicjatywie i potrzebie korzystania ze wzajemnej pomocy. Jednak często dzieje się tak, iż grupy takie powstają „odgórnie” z inicjatywy instytucji czy profesjonalistów. Jeżeli wychodzą naprzeciw potrzebom danej społeczności z powodzeniem mogą spełniać swoją rolę.

**3. Klub Abstynenta** – nazwy tej często niesłusznie używa się zamiennie z nazwą Stowarzyszenie Abstynenckie. W dużej mierze Stowarzyszenia prowadzą Kluby. Często powstają one na bazie Klubu. W istocie jednak Klub Abstynenta jest wspólnotą nieformalną. Jest miejscem gdzie prowadzone są różnorodne działania wspierające trzeźwość jego członków, ich rodzin, a także propagujące tę ideę dla i w społeczności lokalnej. Kluby często posiadają określone formy i reguły członkostwa, regulaminy czy strukturę organizacyjną. Jednak to nie czyni ich tym samym formalną organizacją.

**4. Stowarzyszenie Abstynenckie/Trzeźwościowe** – jest podstawową formą organizacyjno-prawną przewidzianą w celu realizacji konstytucyjnego prawa swobody zrzeszania się. Jego działalność opiera się na ustawie Prawo o stowarzyszeniach, która określa, iż jest ono dobrowolnym, samorządnym, trwałym zrzeszeniem o celach niezarobkowych. Po spełnieniu wymogów formalno-prawnych i wpisaniu do rejestru zyskuje osobowość prawną i staje się podmiotem formalnym.

Każde stowarzyszenie posiada własne obszary działalności zapisane w statucie. Natomiast ogólnie rzecz ujmując rolę stowarzyszeń abstynenckich należy podzielić na dwa równoważne kierunki działań:

- wewnętrzne – na rzecz swoich członków, a także ich rodzin i innych osób, które do nich trafiają
- zewnętrzne – na rzecz społeczności lokalnej.

Powyższe aktywności mogą być podejmowane w następujących obszarach:

1. trzeźwościowych (w tym rehabilitacyjnych),
2. pomocowych (w tym interwencyjnych),
3. na rzecz promowania abstynencji i zdrowego stylu życia,
4. kulturalno-towarzyskich,
5. skierowanych na dzieci i młodzież,
6. współpracy, współdziałania na rzecz i ze społecznością lokalną,
7. współpracy z innymi organizacjami i instytucjami,
8. 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 też interwencje wobec osób z problemem alkoholowym. Organizują różnego rodzaju zajęcia rehabilitacyjne skierowane do osób uzależnionych

i członków ich rodzin, ucząc umiejętności zarówno psychologicznych jak i praktycznych. Oddziaływania te są niezwykle istotnym elementem w procesie zdrowienia, zapobiegają wykluczeniu społecznemu i zapewniają integrację społeczną osobom z problemem alkoholowym.

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

Stowarzyszenia prowadzą również niezwykle cenne działania z zakresu zdrowego i trzeźwego stylu życia dla osób dorosłych, młodzieży i dzieci. Najczęściej spotykane formy to sport, turystyka, wspólne wyjazdy, organizowanie „dni trzeźwości”, festyny czy wspólne wieczory tematyczne. 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 pozarządowymi.

Istotnymi partnerami dla gminy w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych są też Kościoły i związki wyznaniowe. Mimo tego, że w Polsce to Kościół katolicki zrzesza największą ilość wyznawców, to również inne Kościoły i związki wyznaniowe czy wspólnoty i ruchy religijne powinny być dla samorządu równorzędnym partnerem. Zasady współpracy z nimi określa również wyżej cytowana ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Poza wspomaganie działalności organizacji pozarządowych, zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, samorządy powinny wspomagać w działaniach służących rozwiązywaniu problemów alkoholowych również instytucje i osoby fizyczne. Zasady udziału tych podmiotów w realizacji gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych z uwzględnieniem odrębnych przepisów dotyczących dofinansowania/finansowania realizacji przez nie zadań są takie same, jak w przypadku organizacji pozarządowych. Warto podkreślić, że „wspomaganie działalności służb i instytucji” nie jest tożsame tylko i wyłącznie z udzielaniem wsparcia finansowego i oznacza nawiązanie współpracy służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych również bez przekazywania środków finansowych. Współpraca powinna polegać na wymianie informacji, konsultacjach, wspólnych inicjatywach na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, w szczególności na rzecz promocji i realizacji działań w tym zakresie

czy organizowaniu konferencji, szkoleń i porad. Zakres i udział poszczególnych podmiotów i osób fizycznych będzie zależał od specyfiki potrzeb danego samorządu.

Należy pamiętać, że chociaż to samorząd lokalny jest odpowiedzialny za realizację zadań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, to nie jest w tych działaniach osamotniony, gdyż istnieje wiele innych instytucji, które można i należy angażować do współpracy w tym zakresie. Należą do nich m.in.: policja, sądy, kuratorzy, szkoły (nauczyciele i pedagodzy), ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, przychodnie, szpitale.

Nie jest możliwe finansowanie bieżącego funkcjonowania izb wytrzeźwień ze środków pochodzących z opłat za korzystanie z zezwoleń, ponieważ jest to zadanie gmin związane z zabezpieczeniem porządku publicznego, wynikające z ustawy o samorządzie gminnym. Możliwe jest natomiast finansowanie realizowanych tam dodatkowych programów skierowanych do osób zatrzymanych w izbie, które wykraczają poza statutowe zadania izby. Podobnie współpraca z policją nie może oznaczać finansowania jej bieżącej działalności poprzez np. zakup samochodów, które będą wykorzystywane m.in. do przewozu osób nietrzeźwych zatrzymanych w miejscach publicznych.

## Rozdział V

### **Podjęmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13<sup>1</sup> i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego**

W przypadku złamania zakazu sprzedaży alkoholu nieletnim lub nietrzeźwym oraz złamania zakazów promocji i reklamy napojów alkoholowych gmina może podejmować interwencje oraz występować przed sądem jako oskarżyciel publiczny, czyli występować z aktem oskarżenia bezpośrednio do sądu z pominięciem prokuratora. Postępowanie z tego zakresu prowadzone jest na podstawie przepisów o postępowaniu karnym. Sprawy, w których gmina występuje jako oskarżyciel publiczny, odbywają się w trybie uproszczonym. Wniesienie aktu oskarżenia do sądu musi być poprzedzone przeprowadzeniem postępowania dowodowego.

Organy uprawnione do prowadzenia dochodzeń w sprawach karnych określa Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 czerwca 2003 r. w sprawie określenia organów uprawnionych obok policji do prowadzenia dochodzeń oraz organów uprawnionych do wnoszenia i popierania oskarżenia przed sądem pierwszej instancji w sprawach podlegających rozpoznaniu w postępowaniu uproszczonym, jak również zakresu spraw zleconych tym organom (Dz.U. Nr 108, poz. 1019 ze zm.). Nie wymieniono w nim organu samorządu terytorialnego, a zatem gmina nie jest upoważniona do prowadzenia takiego postępowania. Art. 4<sup>1</sup> ust. 2 pkt 6 ustawy, który daje gminom prawo do występowania w charakterze oskarżyciela publicznego, stanowi również podstawę prawną do składania do organów policji wniosku o wszczęcie postępowania dowodowego. Policja powinna powiadomić o wszczęciu takiego postępowania gminę i prokuratora.

Formalne wymogi, jakie musi spełniać akt oskarżenia, określają artykuły 332–334 k.p.k. Projekt aktu oskarżenia może przygotować policja, ale sam akt oskarżenia sporządza i kieruje do sądu gmina. Sąd może oddalić akt oskarżenia ze względu na braki formalne, stąd potrzeba dużej staranności przy sporządzaniu aktu oskarżenia i zbieraniu dowodów w sprawie.

Gmina może wskazać policji na etapie postępowania dowodowego konkretne osoby jako świadków, przekazać zdjęcia, którymi dysponuje i inne dokumenty np. protokoły, ponieważ mogą one być wykorzystane jako dowody w sprawie. Świadkiem oskarżenia może być np. członek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Należy jednak podkreślić, iż świadkiem oskarżenia nie może być ta sama osoba, która występuje jako oskarżyciel publiczny.

Gmina może wnosić oskarżenie do sądów I instancji, nie przysługuje jej natomiast prawo do wnoszenia środków odwoławczych. Prawo wniesienia apelacji przysługuje wyłącznie prokuratorowi. Gmina może złożyć zapowiedź apelacji – skierować wniosek do sądu rejonowego w ciągu 7 dni (termin nieprzekraczalny) z żąda-

niem sporządzenia odpisu wyroku wraz z uzasadnieniem i przekazać sprawę do prokuratora z wnioskiem o złożenie apelacji. Prokurator ma 14 dni na sporządzenie apelacji od momentu pokwitowania przez gminę otrzymania odpisu wyroku wraz z uzasadnieniem. Prokurator natomiast ma prawo odmówić podjęcia środków odwoławczych.

Wójt, burmistrz lub prezydent miasta może w drodze upoważnienia wskazać osobę do reprezentowania gminy przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego. W tej roli może wystąpić radca prawny lub adwokat. Realizacja tego zadania przez gminy może oznaczać przyjęcie do współpracy prawnika, który będzie merytorycznie koordynował postępowanie, nadzorował sporządzenie aktu oskarżenia, również może być upoważniony do reprezentowania gminy przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego.

## Rozdział VI

### Wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej

Jednym z zadań własnych samorządów gminnych realizowanych w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów (określonych w art. 4<sup>1</sup> ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi) jest wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej. Zgodnie z art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz.U. z 2011 r. Nr 43, poz. 225) Centrum Integracji Społecznej (CIS) może być tworzone przez jednostkę samorządu terytorialnego w formie jednostki budżetowej lub samorządowego zakładu budżetowego, oraz przez organizację pozarządową.

Zgodnie z art. 10 ust. 1 w/w ustawy działalność CIS finansowana jest m.in. z dotacji pochodzącej z dochodów własnych gminy, przeznaczonych na realizację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, przy czym możliwość ta nie dotyczy Centrum działającego w formie jednostki budżetowej. Należy jednak zwrócić uwagę na to, że zgodnie z art. 1 ust. 2 w/w ustawy przepisy niniejszej ustawy stosują się do CIS, a co za tym idzie, w zajęciach reintegracyjnych oferowanych przez CIS mogą uczestniczyć:

- bezdomni realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- uzależnieni od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego,
- uzależnieni od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej,
- chorzy psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,
- długotrwale bezrobotni w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
- zwalniani z zakładów karnych, mający trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- uchodźcy realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

**W opinii PARPA finansowanie funkcjonowania CIS ze środków przeznaczonych na realizację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych może być jedynie proporcjonalne do udziału w oferowanych przez nie zajęciach reintegracyjnych osób uzależnionych od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego.**



Realizacja tego zadania może się odbywać również poprzez wspieranie innych przedsięwzięć mających na celu przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu i marginalizacji oraz na rzecz reintegracji społecznej i zawodowej osób uzależnionych od alkoholu i ich rodzin, np. klubów integracji społecznej czy klubów pracy.

## Rozdział VII

### Instytucja zobowiązania do leczenia odwykowego

Ustawa ustanawia w art. 22 zasadę dobrowolności leczenia odwykowego osób uzależnionych od alkoholu. Zgodnie z przytoczonym przepisem wszelkie odstępstwa od tej zasady mają charakter wyjątkowy i muszą być uregulowane ustawą. Jednym z wyjątków od zasady dobrowolności jest instytucja zobowiązania do leczenia odwykowego uregulowana w art. 24–36 ustawy.

Do zadań własnych gminy, na mocy art. 4<sup>1</sup> ust. 3 oraz art. 25 i art. 26 ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, należy powołanie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, na której spoczywa obowiązek podejmowania czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu. Zgodnie z art. 24 ustawy postępowanie zobowiązujące do podjęcia leczenia odwykowego dotyczy osób, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozpad życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy oraz systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny. Oznacza to, że sam fakt uzależnienia od alkoholu nie może stanowić samoistnej podstawy do zobowiązania danej osoby do podjęcia leczenia odwykowego, lecz towarzyszyć muszą temu także określone negatywne zachowania w sferze społecznej.

O zastosowaniu w/w procedury wobec osoby uzależnionej stanowi sąd rejonowy, właściwy miejscu zamieszkania lub przebywania.

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

- przyjęcie zgłoszenia o przypadku wystąpienia nadużywania alkoholu z jednoczesnym wystąpieniem przesłanek z art. 24 ustawy;
- zaproszenie na rozmowę osoby, co do której wpłynęło zgłoszenie i pouczenie jej o konieczności zaprzestania działań wymienionych w art. 24 ustawy i/lub poddania się leczeniu odwykowemu. Należy podkreślić, że mimo tego, że jakkolwiek postępowanie przed gminną komisją nie jest postępowaniem administracyjnym w rozumieniu art. 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, to zarówno wezwania, jak i wszelkie inne pisma urzędowe kierowane do strony w toku tego postępowania powinny spełniać wymogi formalne wskazane w tym akcie;
- jeżeli osoba wezwana nie zgodzi się dobrowolnie poddać leczeniu, a wstępne czynności przeprowadzone w sprawie uzasadniają kontynuowanie postępowania, uzasadnione jest skierowanie takiej osoby na badanie przez biegłych (psycholog lub specjalista psychoterapii uzależnień i psychiatra) w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego (art. 25 ustawy);

- przygotowanie dokumentacji związanej z postępowaniem sądowym wraz z opinią wydaną przez biegłego (art. 26 ust. 3 ustawy), do której należą: opinia wydana przez biegłych, protokół z rozmowy z osobą zgłaszającą do komisji przypadek nadużywania alkoholu, protokół z rozmowy z osobą uzależnioną od alkoholu, o ile do takiej rozmowy doszło, inne informacje w sprawie. Jeśli osoba uzależniona nie stawiała się na rozmowę w terminie wskazanym przez komisję ani też na badanie przez biegłych, do wniosku należy dołączyć informację o podjętych w tej sprawie czynnościach (liczba i terminy wezwań wraz z informacją o niestawieniu się osoby wzywanej). Wywiad środowiskowy ma prawo przeprowadzić jedynie osoba do tego uprawniona, tj. pracownik socjalny;
- złożenie wniosku o wszczęciu postępowania do sądu rejonowego właściwego miejscu zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy (art. 26 ust. 3 ustawy). Zgodnie z art. 511 w zw. z art. 187 Kodeksu postępowania cywilnego wniosek powinien zawierać oznaczenie sądu, do którego jest kierowany oraz imiona i nazwiska uczestników postępowania; oznaczenie rodzaju pisma; dokładne określenie żądania oraz przytoczenie okoliczności faktycznych uzasadniających. Pismo to może również zawierać wnioski o wezwanie na rozprawę określonych świadków lub biegłych, żądania dowodów znajdujących się w sądach, urzędach lub u osób trzecich.

Zgodnie z art. 23 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. Nr 167, poz. 1398 z późn. zm.) od wniosku o wszczęcie postępowania nieprocesowego pobiera się opłatę stałą w wysokości 40 zł. Zgodnie z art. 96 ust. 1 w/w ustawy wymóg ten nie dotyczy sytuacji, gdy stroną składającą wniosek jest prokurator. Podobnie sytuacja ma się z innymi kosztami postępowania, w tym przede wszystkim z kosztami sporządzenia opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu.

Jednocześnie warto zwrócić uwagę na fakt, że zgodnie z art. 103 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych, sąd może zwolnić jednostkę organizacyjną nie będącą osobą prawną (a więc także gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych) od kosztów sądowych, gdy zdoła ona wykazać, że nie ma dostatecznych środków na ich uiszczenie. Wniosek o przyznanie zwolnienia od kosztów sądowych należy zgłosić na piśmie lub ustnie do protokołu w sądzie, w którym sprawa ma być wytoczona lub już się toczy.

### **Uwagi dotyczące instytucji zobowiązania do leczenia odwykowego**

- Postanowienie o zobowiązaniu do leczenia odwykowego zapada w trybie nieprocesowym (art. 26 ust. 2 ustawy), co oznacza, że w przeciwieństwie do postępowania procesowego, nie występują w nim przeciwstawne sobie strony, lecz uczestnicy, których udział w sprawie uzależniony jest od faktu, że mają oni interes prawny w sposobie rozstrzygnięcia sprawy. O uzyskaniu statusu uczestnika orzeka sąd w drodze postanowienia, na które przysługuje zażalenie.
- Funkcja społeczna instytucji zobowiązania do leczenia jest funkcją polegającą na instytucjonalnym motywowaniu do podjęcia terapii odwykowej. Zobowiązanie nie ma charakteru przymusu w sensie prawnym. Przymus polegający na doprowadzeniu przez policję można zastosować zgodnie z zapisami ustawy na

etapie doprowadzania osoby uzależnionej od alkoholu na badanie przez biegłych, o ile odbywa się na zlecenie sądu, na rozprawę w sądzie i do zakładu leczniczego na podjęcie kuracji za każdym razem, gdy oddali się ona samowolnie z zakładu. Nie ma jednak możliwości prawnych ani organizacyjnych zatrzymania pacjenta w takim zakładzie wbrew jego woli. Zarazem jednak należy podkreślić, że z brzmienia ust. 1 art. 32 ustawy wynika w sposób nie budzący wątpliwości, że osoba, wobec której wydano postanowienie, jest obowiązana stawić się w placówce leczenia uzależnienia od alkoholu „w celu poddania się leczeniu”. Oznacza to, że wydanie postanowienia o obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu zastępuje obowiązek uzyskania zgody pacjenta.

- Z punktu widzenia lecznictwa odwykowego uzależnienie jest przede wszystkim kategorią medyczną. Celem bezpośrednim placówek służby zdrowia nie jest naprawa rzeczywistości społecznej, lecz leczenie uzależnienia. Leczenie nie jest karą za zachowania osoby uzależnionej naruszającej normy społeczne. Podstawową metodą leczenia jest psychoterapia uzależnienia, która – jak każda psychoterapia – zakłada dobrowolnie wyrażoną zgodę pacjenta. Efektywność psychoterapii (również uzależnienia) jest wprost proporcjonalna do wsparcia i zaangażowania pacjenta, a odwrotnie proporcjonalna do presji i konfrontacji.
- W grupie osób zobowiązanych nie zmieniają się odsetki osób rozpoczynających i kończących leczenie podstawowe, czyli leczenie rozpoczyna 57% zobowiązanych, a kończy je nieco mniej niż połowa podejmujących leczenie. W sumie 28% zobowiązanych rejestrowanych w placówkach kończy program podstawowy. W grupie pacjentów dobrowolnych więcej osób kończy leczenie podstawowe (58%). Ukończenie programu podstawowego nie jest najczęściej wystarczające do utrzymania trwałej zmiany wzoru picia. O skuteczności leczenia odwykowego decydują oddziaływania długofalowe, a obserwacje kliniczne i badania opinii przedstawicieli placówek leczenia uzależnienia wskazują, że osoby zobowiązane rzadziej niż dobrowolnie podejmują leczenie w pogłębionych programach terapii, rzadziej korzystają ze wsparcia grup samopomocowych, szybciej i częściej po leczeniu wracają do picia alkoholu.
- Do osób, które w wyniku długoletniego uzależnienia straciły zdolność samodzielnego życia i podejmowania decyzji, powinny się stosować przepisy ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz o pomocy społecznej. Osoba, która z racji uzależnienia stanowi dla siebie bezpośrednie zagrożenie, powinna być traktowana jako osoba zaburzona psychicznie i podobnie jak inne osoby psychicznie chore, powinna być umieszczana w szpitalu psychiatrycznym z zachowaniem istniejących przepisów prawa. Osoba, która w wyniku psychodegradacji alkoholowej nie jest w stanie samodzielnie żyć, powinna być umieszczona bądź w zakładach opiekuńczo-leczniczych, bądź w domach pomocy społecznej. Placówki leczenia uzależnienia nie są przygotowane ani do leczenia, ani do opieki nad takimi chorymi (brak personelu, brak zabezpieczeń, wyposażenia), a krótkie pobyty pacjentów (do 8 tygodni) nie rozwiązują żadnego z ich życiowych problemów.

- Celem pobytu w zakładzie odwykowym nie jest izolacja pacjenta od otoczenia, a więc także ochrona rodziny przed przemocą domową stosowaną przez pacjenta. Ten cel musi być realizowany w inny sposób, chociaż zobowiązanie do leczenia może być jednym z elementów pomagania ofiarom przemocy.
- Placówki leczenia uzależnienia nie pełnią roli aresztów. Ochronę rodziny osoby uzależnionej przed przemocą powinien zapewnić system lokalny rozwiązywania problemów alkoholowych, koordynowany przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych i wspierany przez wymiar sprawiedliwości. Leczenie odwykowe sprawcy przemocy czy osoby zakłócającej porządek publiczny w związku z nadużywaniem alkoholu nie może być proponowane jako jedyny rodzaj oddziaływań w sytuacji wystąpienia przemocy w rodzinie.
- Przy aktualnej dynamice wzrostu liczby orzeczeń i jednocześnie przy bardzo niewielkim wzroście nakładów na leczenie odwykowe – wykonalność zobowiązań (i tak niska) będzie malała. W 2009 roku liczba osób oczekujących na umieszczenie w zakładzie stacjonarnym wyniosła 16 583.

## Biegli sądowi

Od 27 grudnia 2007 r. obowiązuje, wydane na podstawie delegacji określonej w art. 28a ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu (Dz.U. Nr 250, poz. 1883 ze zm.).

Podobnie, jak to miało miejsce w poprzednim stanie prawnym, biegłych powołuje przy sądzie okręgowym prezes tego sądu. Nie uległa także zmianie zasada wydawania opinii przez dwóch biegłych. Inaczej jednak niż to miało miejsce poprzednio – krąg osób powoływanych w charakterze biegłych nie ogranicza się jedynie do lekarzy psychiatrów i psychologów. W charakterze biegłych mogą bowiem być powoływani także specjaliści psychoterapii uzależnień (czyli osoby legitymujące się certyfikatem specjalisty psychoterapii uzależnień). W wydaniu opinii uczestniczyć musi obligato­ryjnie lekarz psychiatra, zaś drugim biegłym może być bądź to psycholog, bądź to specjalista psychoterapii uzależnień.

Rozporządzenie modyfikuje także nieco tryb powoływania biegłych. Kandydatów do listy biegłych, po uzyskaniu ich pisemnej zgody, zgłasza właściwemu terytorialnie prezesowi sądu okręgowego kierownik wojewódzkiego ośrodka terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w odniesieniu do psychologów oraz specjalistów psychoterapii uzależnień oraz konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii w odniesieniu do lekarzy psychiatrów. Lista biegłych jest publikowana w wojewódzkim dzienniku urzędowym w terminie miesiąca od dnia powołania. Prezes sądu okręgowego aktualizuje listę biegłych w miarę potrzeb, nie rzadziej jednak niż raz do roku. Wydłużeniu z trzech do pięciu lat uległ okres, na jaki biegli są powoływani. Podobnie jak poprzednio, okres powołania upływa z końcem roku kalendarzowego.

**Zgodnie z rozporządzeniem osoba, wobec której wszczęto postępowanie w przedmiocie uzależnienia od alkoholu, jest poddawana badaniu psychologicznemu i psychiatrycznemu.**

Wynik tych badań – stanowiący opinię w przedmiocie uzależnienia od alkoholu – ma służyć sądowi za podstawę do ewentualnego orzeczenia obowiązku poddania się przez tę osobę leczeniu odwykowemu.

Opinia w przedmiocie uzależnienia od alkoholu powinna składać się z dwóch odrębnych części sporządzonych przez biegłego psychiatrę oraz psychologa, ujętych w formie jednego dokumentu. Każdy z biegłych działa zgodnie z zakresem swojej specjalności. Nie wyklucza to ewentualnej różnicy między biegłymi co do orzeczenia w kwestii uzależnienia od alkoholu. Zgodnie z rozporządzeniem w przypadku, gdy między biegłymi sporządzającymi opinię taka różnica zdań istotnie wystąpiła, fakt ten powinien zostać w opinii zaznaczony.



## Rozdział VIII

### Kompetencje członków gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych

Ustawodawca w art. 4<sup>1</sup> ust. 5 Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi jednoznacznie wymaga, aby osoby wchodzące w skład gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych posiadały odpowiednie przeszkolenie z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Ustawa wprawdzie nie precyzuje zakresu szkoleń, jakie powinni ukończyć członkowie gminnej komisji, ale należy przyjąć, że kompetencje i umiejętności osób wchodzących w skład komisji powinny być ściśle powiązane z zadaniami, jakie komisja realizuje. Na liście tych podstawowych kompetencji powinny znaleźć się takie zagadnienia jak:

- uzależnienie od alkoholu, leczenie osób uzależnionych, picie ryzykowne i szkodliwe oraz strategie pomocy,
- rodzina z problemem alkoholowym, w tym współuzależnienie,
- sytuacja dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym oraz strategie pomocy organizowanej w środowisku lokalnym,
- zjawisko przemocy w rodzinie – aspekty prawne i psychologiczne, praca w zespołach interdyscyplinarnych, procedura „Niebieska Karta”,
- skuteczne strategie profilaktyczne, profilaktyka szkolna, środowiskowa i rodzinna, standardy programów profilaktycznych oraz ich ewaluacja,
- system rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce oraz budowanie gminnych programów i ich ewaluacja,
- zasady wydawania i cofania zezwoleń oraz prowadzenie kontroli punktów sprzedaży napojów alkoholowych,
- lokalne strategie ograniczania dostępności alkoholu,
- kontakt z klientem gminnej komisji – osobą uzależnioną, współuzależnioną, ofiarą i sprawcą przemocy (dotyczy to przede wszystkim tych z członków komisji, którzy takie rozmowy prowadzą).

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

**PARPA nie rekomenduje żadnych podmiotów realizujących szkolenia dla członków gminnych komisji, ale zwraca uwagę na wybór takiego programu, który w pełni odpowiada podanym wyżej blokom tematycznym.**





## Rozdział XI

### Dodatkowe informacje prawno-finansowe

Merytoryczną podstawą do finansowania zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych są zadania określone w ustawie z dnia 26 października o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (tekst jednolity, Dz.U. 2007 r. Nr 70, poz. 473 ze zm.) oraz założenia i priorytety przyjęte i zaakceptowane przez Radę Ministrów w Narodowym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Realizacja zadań, o których mowa w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, może odbywać się na kilka sposobów. Gmina może udzielać dotacji celowej organizacjom pozarządowym lub też zawierać umowy mające charakter zakupu usług od podmiotów prawnych lub osób fizycznych. Udzielanie dotacji celowej jednostkom spoza sektora finansów publicznych nie działających w celu osiągnięcia zysku, a więc również wspomnianym wyżej organizacjom pozarządowym, reguluje art. 221 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. Nr 157, poz. 1240 ze zm.) odsyłając w tym zakresie do przepisów ustawy z dnia 23 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz.U. z 2010 r. Nr 234, poz. 1536 ze zm.). Należy zauważyć, że zgodnie zaś z art. 4 pkt 7 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759 ze zm.) dotacje udzielane na podstawie innych ustaw nie podlegają przepisom tej ustawy.

Ustawę – Prawo zamówień publicznych – stosuje się natomiast w przypadku wszystkich innych niż dotacyjne umów zawieranych przez gminy na realizację zadań gminnego programu profilaktyki, których wartość przekracza wyrażoną w złotych równowartość 14 000 euro (netto).

Jednocześnie warto zauważyć, iż prawie wszystkie zadania realizowane w ramach w/w programu, w tym także zadania o charakterze profilaktycznym, adresowane przede wszystkim do dzieci i młodzieży (edukacja publiczna) oraz z zakresu socjoterapii, mające na celu pomoc osobom uzależnionym od alkoholu lub członkom ich rodzin, a także pomoc ofiarom lub sprawcom przemocy w rodzinie, można traktować jako usługi zdrowotne, socjalne lub szkoleniowe, a więc podlegające na mocy przepisów wydanych na podstawie art. 2a ustawy znacznie złagodzoną rygorom postępowania. Ustawa zwalnia w tym zakresie od obowiązku stosowania terminów składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu lub terminów składania ofert, wadium, zakazu ustalania kryteriów oceny ofert na podstawie właściwości wykonawcy oraz innych niż dotyczące wartości zamówienia przesłanek wyboru trybu negocjacji z ogłoszeniem, negocjacji bez ogłoszenia, zapytania o cenę, licytacji elektronicznej, oraz obowiązku informowania w tych przypadkach Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych. W praktyce oznacza to, iż realizacja zadania polegającego np. na udzielaniu pomocy i wsparcia z zakresu psychoterapii lub socjoterapii osobom uzależnionym lub członkom ich rodzin (np. żonom, dzieciom alkoholików), wymagającego zatrudnienia terapeutów lub wychowawców w finansowanym przez

gminę punkcie konsultacyjnym, świetlicy socjoterapeutycznej, ośrodka interwencji kryzysowej lub innej placówce dla osób uzależnionych od alkoholu – zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych – (na mocy wyżej wymienionego art. 5 ust 1) nie wymaga stosowania procedur postępowania przetargowego. W przypadku bowiem zamówień przekraczających kwotę 14 000 euro netto zlecający może wyłonić realizatora w jednym z trybów o ograniczonej konkurencyjności. Zamawiający (w tym przypadku gmina) ma możliwość ustalenia kryteriów oceny ofert dotyczących właściwości dostawcy lub wykonawcy (kryteria podmiotowe). Kryteria te powinny określać najważniejsze cechy i właściwości, jakie powinien spełniać podmiot (osoba, firma itp.), któremu gmina zamierza zlecić realizację określonego zadania z zakresu ochrony zdrowia. W przypadku osób wspomniane kryteria mogą dotyczyć: wykształcenia, ukończonych szkoleń lub kursów specjalistycznych, posiadanych kompetencji i umiejętności praktycznych, lat praktyki i własnych doświadczeń zawodowych, pozytywnej oceny dotychczasowej współpracy z gminą. Należy podkreślić, iż w tym przypadku kwestia wysokości wynagrodzenia (wartość umowy), za które dana osoba gotowa jest realizować określone działania, nie stanowi najważniejszej przesłanki będącej podstawą wyboru oferenta.

### Podstawowe rodzaje zajęć można określić następująco:

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

- specjalistyczne umiejętności trenera wynikające ze szkolenia w zakresie treningu psychologicznego,
- uzgodnienie z uczestnikami celów i metody treningu oraz zawarcie kontraktu,
- odpowiednie warunki organizacyjne (czas, miejsce zajęć).

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

5. **ćwiczenia praktyczne** – zorganizowana forma zajęć angażujących uczestników w różnego rodzaju działania indywidualne i grupowe, dostarczające nowych doświadczeń, informacji i obserwacji. Ukierunkowane są na rozwijanie praktycznych umiejętności i zmianę postaw. Prowadzone są na ogół według przygotowanego scenariusza, określającego tematy, strukturę i przebieg kolejnych sytuacji;
6. **dyżury i działania interwencyjno-wspierające** – tego typu działania są aktualnie najczęściej podejmowane w ramach różnorodnych programów przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Mogą być prowadzone przy pomocy wolontariatu, a więc nieodpłatnego zaangażowania określonych osób pragnących pomagać innym ludziom. W pewnych okolicznościach mogą być również prowadzone na zasadach usługi świadczonej profesjonalnie i odpłatnie. Dotyczyć mogą np. dyżurów w punktach konsultacyjnych, w czasie których udziela się prostych informacji i wskazówek osobiście lub telefonicznie. Przy organizowaniu takich działań pożądane jest rozważenie, jakiego rodzaju kwalifikacje są potrzebne oraz promowanie wolontariatu umocnionego odpowiednim przeszkoleniem. Należy zwrócić uwagę na specyfikę usług konsultacyjnych wymagających wyższych kompetencji;
7. **konsultacje specjalistów** – związane są z zapraszaniem wysoko wykwalifikowanych specjalistów (lekarzy, psychologów, socjologów, prawników) do doradztwa w zakresie pojawiających się problemów związanych z realizacją programów profilaktycznych, terapeutycznych, interwencyjnych i wymagających takich konsultacji;
8. **superwizja** – to specyficzna metoda szkolenia osób zajmujących się pomocą psychologiczną; analizowanie (pod kierunkiem wysokiej klasy specjalisty) doświadczeń i wydarzeń zachodzących w procesie prowadzenia psychoterapii indywidualnej lub grupowej.

## Ustalanie stawek

Poniżej zaprezentowano stawki w odniesieniu do poszczególnych rodzajów zajęć. Należy podkreślić, że przedstawione poniżej ogólne limity stawek w formie tzw. widełek pozwalają na zróżnicowanie wynagrodzenia w zależności od m.in.: kompetencji prowadzących, miejsca realizacji, odległości i czasu dojazdu, tematu, grupy odbiorców itd. **Określenie wynagrodzeń w wysokości zbliżonej do górnych limitów powinno być zastrzeżone dla osób z wyższym wykształceniem, o uznanych kompetencjach**

**i specjalistycznym wykształceniu podyplomowym związanym z problematyką zajęć.** W wyjątkowych przypadkach (przyjazd wybitnego specjalisty z odległej miejscowości na 1- lub 2-godzinny wykład) można zaakceptować podwyższenie stawki za wykład. Poniższe stawki są podane w ujęciu brutto za godzinę dydaktyczną pracy.

1. Programy szkoleniowe dla przedstawicieli wybranych profesji:

a. wykłady dydaktyczne – wynagrodzenie **150–500 zł**;

- wykład dydaktyczny powinien opierać się na konspekcie, którego udostępnienia może oczekiwać organizator szkolenia;
- stosowanie stawki powyżej **300 zł** jest zarezerwowane dla wykładowców z wyższym wykształceniem;
- przy sporządzaniu kalkulacji należy uwzględnić kwalifikacje prowadzących, liczbę godzin wykładowych i liczbę słuchaczy;
- decyzje dotyczące limitu godzin dla poszczególnych typów zajęć w ciągu dnia podejmuje zleceniodawca, uwzględniając warunki i specyfikę szkolenia. W przypadku stosowania stawek powyżej **300 zł** limit godzin wykładów w ciągu jednego dnia nie powinien przekraczać 4–5 godzin;

b. seminaria i warsztaty szkoleniowe dla profesjonalistów – wynagrodzenie **100–150 zł**;

- należy podać liczbę godzin, stawki, liczbę i wielkość grup oraz kwalifikacje prowadzących;
- seminaria i warsztaty powinny być prowadzone na podstawie konspektu lub scenariusza, którego udostępnienie może być oczekiwane przez organizatora szkolenia;

c. treningi psychologiczne w małych grupach w ramach szkolenia profesjonalnego – wynagrodzenie **90–150 zł**;

- grupy do 15 uczestników może prowadzić jeden trener,
- należy podać kwalifikacje prowadzących, liczbę i wielkość grup, stawki, liczbę godzin zajęć.

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

2. Zajęcia profilaktyczne i edukacyjno-rozwojowe dla dzieci, młodzieży, rodzin oraz nieprofesjonalistów:

a. zajęcia profilaktyczne dla młodzieży – wynagrodzenie **30–75 zł**;

b. zajęcia opiekuńczo-wychowawcze dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym – wynagrodzenie **25–40 zł**;

c. zajęcia socjoterapeutyczne – wynagrodzenie **35–70 zł**;

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

Prowadzenie tego rodzaju zajęć wymaga podania liczby godzin, wielkości i liczby grup słuchaczy, stawek, a także kwalifikacji osób prowadzących. W przypadku programów socjoterapeutycznych uzasadnione jest finansowanie superwizji lub konsultacji dla zespołu. Stawki za tego typu zajęcia mogą być ustalane w granicach **80–100 zł**.

- d. systematyczne dyżury interwencyjno-wspierające – wynagrodzenie **30–60 zł**;
3. Programy terapeutyczne oraz pomoc rehabilitacyjna dla osób uzależnionych i członków ich rodzin (w tym DDA):
- godzina psychoterapii indywidualnej w ramach programu terapeutycznego – wynagrodzenie **60–80 zł**;
  - godzina psychoterapii grupowej w ramach programu terapeutycznego – wynagrodzenie **70–90zł**;
  - mikroedukacja dla pacjentów w programach terapeutycznych – wynagrodzenie **30–50 zł**;
  - superwizja indywidualna lub grupowa specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień – wynagrodzenie **100–150 zł**;
4. Działania interwencyjno-wspierające dla członków rodzin, w których występują problemy alkoholowe:
- systematyczne dyżury interwencyjno-wspierające – wynagrodzenie **30–50 zł**;
  - zajęcia edukacyjno-korekcyjne dla sprawców przemocy – wynagrodzenie **40–65 zł**;
  - konsultacje specjalistów (prawnik, lekarz, psycholog kliniczny) – wynagrodzenie **45–70 zł**;
  - zajęcia terapeutyczne dla ofiar przemocy domowej **40–65 zł**.

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

### Inne zadania i ich wynagradzanie

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

- B. wykonanie innych materiałów edukacyjno-terapeutycznych (kasety, plakaty itp.) – przy ustalaniu wynagrodzeń autorskich można oszacować liczbę godzin potrzebnych do faktycznego wykonania dzieła i posłużyć się stawką godzinową podobną do wynagrodzeń za warsztatową działalność szkoleniową;
- C. wyjazdy służbowe i koszty szkolenia realizatorów programu – należy podać liczbę osób, ich udział w realizacji programu, rodzaj wyjazdów, tematykę i czas trwania szkolenia, instytucję szkolącą i rodzaje kosztów – do indywidualnego rozpatrzenia i zatwierdzenia przez zleceniodawcę.

Jeżeli w ramach dotowanych zadań opracowywane są nowe technologie terapeutyczne, profilaktyczne, edukacyjne czy diagnostyczne, w umowach zastrzega się, że autorzy przekazują publicznemu zleceniodawcy prawo do bezpłatnego upowszechniania i korzystania z tych technologii.

## **Ważne**

**Zgodnie z art. 18<sup>2</sup> ust. 1 Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi dochody z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych wykorzystywane będą jedynie na realizację gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii i nie mogą być przeznaczone na inne cele. Oznacza to, że kwota środków finansowych nie wykorzystanych w danym roku budżetowym powinna zwiększyć pulę środków przeznaczonych w następnym roku na realizację gminnych programów.**

# NOTATKI



# NOTATKI

Wydawane każdego roku przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych rekomendacje zawierają wskazówki dotyczące katalogu zadań, jakie mogą być realizowane w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. W sposób szczególny zwrócono uwagę na Ustawę o działalności leczniczej, która wprowadziła nowe zasady przekazywania środków publicznych podmiotom prowadzącym działalność leczniczą. Omówione zostały także zadania z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie w związku z rozporządzeniem w sprawie procedury "Niebieskie Karty" oraz formularzy "Niebieska Karta".

Publikacja ta jest przede wszystkim zaadresowana do pełnomocników, koordynatorów gminnych programów i członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych oraz wszystkich osób zaangażowanych w budowanie lokalnych strategii rozwiązywania problemów alkoholowych, w tym przedstawicieli stowarzyszeń abstynenckich.

**Katarzyna Łukowska**

Zastępca dyrektora  
Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych



**PARPA**

**PAŃSTWOWA AGENCJA ROZWIĄZYWANIA  
PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH**

Aleje Jerozolimskie 155, 02-326 Warszawa  
fax 22 250 63 60 | tel 22 250 63 25  
email [parpa@parpa.pl](mailto:parpa@parpa.pl) | [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl)

ISBN 978-83-88075-00-1