

REKOMENDACJE

do realizowania
i finansowania
gminnych programów
profilaktyki
i rozwiązywania
problemów alkoholowych

w 2011 roku



PAŃSTWOWA
AGENCJA
ROZWIĄZYWANIA
PROBLEMÓW
ALKOHOLOWYCH

parpamedia
WYDAWNICTWO EDUKACYJNE

REKOMENDACJE

do realizowania
i finansowania
gminnych
programów
profilaktyki
i rozwiązywania
problemów
alkoholowych

w 2011 roku



Państwowa
Agencja
Rozwiązywania
Problemów
Alkoholowych

parpamedia
WYDAWNICTWO EDUKACYJNE

Zespół redaktorów i recenzentów:
Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA

Projekt okładki i wnętrza:
Joanna Goriaczko, Pro-Forma Sp. z o.o.

Skład, łamanie i korekta:
Joanna Komorowska, Pro-Forma Sp. z o.o.

Copyright © Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
Copyright © Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA

ISBN 978-83-61849-89-6

Wydanie I
Warszawa 2010

Druk i oprawa: Poligrafia Janusz Nowak Sp. z o.o.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
02-526 Warszawa, Al. Jerozolimskie 155
tel. 22 25 06 325, 22 25 06 326, fax 22 25 06 360
www.parpa.pl

Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA
Dział Dystrybucji
01-382 Warszawa, ul. Szczotkarska 48a
tel./fax: (22) 666 09 79
www.parpamedia.pl

SPIS TREŚCI

Rozdział I

Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu	5
Wprowadzenie	5
Rekomendowane działania w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych	5

Rozdział II

Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie	19
Pomoc terapeutyczna dla dorosłych członków rodziny z problemem alkoholowym	19
Rekomendowane działania w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych	19
Pomoc dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym	20
Wprowadzenie	20
Rekomendowane działania w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych	21
Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie	26
Wprowadzenie	26
Rekomendowane działania w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych	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	31
Działania profilaktyczne podejmowane wobec dzieci i młodzieży	31
Wprowadzenie	31
Rekomendowane działania w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych	33
Edukacja publiczna w zakresie problematyki alkoholowej	39
Wprowadzenie	39
Rekomendowane działania w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych	39
Działania na rzecz przeciwdziałania nietrzeźwości kierowców	41

Wprowadzenie	41
Rekomendowane działania w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych wobec nietrzeźwości kierowców ...	41
Działania na rzecz przeciwdziałania nietrzeźwości w miejscach publicznych ..	44
Wprowadzenie	44
Rekomendowane działania w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych	44
Działania na rzecz ograniczenia populacji osób pijących ryzykownie i szkodliwie	45
Wprowadzenie	45
Rekomendowane działania w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych	45
Rozdział IV	
Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych	47
Wprowadzenie	47
Rozdział V	
Podjęcie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13 ¹ i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego	51
Rozdział VI	
Wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej	55
Rozdział VII	
Instytucja zobowiązania do leczenia odwykowego	57
Biegli sądowi	61
Rozdział VIII	
Kompetencje członków gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych	63
Rozdział IX	
Finansowanie zakładów lecznictwa odwykowego przez jednostki samorządu terytorialnego	65
Rozdział X	
Dodatkowe informacje prawno-finansowe	69

ROZDZIAŁ I

Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu

Wprowadzenie

Postępując się wskaźnikami europejskimi oraz wynikami polskich badań społecznych, liczbę osób uzależnionych w Polsce można oszacować na ok. 700–900 tys., zaś osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie na ok. 2,5–4 mln.

Na mocy artykułu 21 ust. 1 Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi leczenie osób uzależnionych od alkoholu odbywa się w zakładach leczenia odwykowego i jest bezpłatne.

Uzależnienie od alkoholu jest zaburzeniem psychicznym i zaburzeniem zachowania, które diagnozuje się w oparciu o Międzynarodową Klasyfikację Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów – Edycja 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 nakierowane jest na usuwanie powikłań spowodowanych szkodliwym użytkowaniem alkoholu (w tym leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych) oraz farmakologiczne wsparcie oddziaływań psychoterapeutycznych. Zważywszy na niepożądane działania uboczne disulfiramu (Anticol, Esperal) nie powinien on być w leczeniu osób uzależnionych nigdy ofertą jedyną czy podstawową. Anticol (tabletki) może być zalecany czasowo, 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 – pacjenci uzależnieni uczestniczyli również w ruchu samopomocowym, przede wszystkim w mitingach Anonimowych Alkoholików (AA) oraz zajęciach organizowanych przez stowarzyszenia abstynenckie. Samo uczestnictwo w ruchach samopomocowych nie zastępuje jednak psychoterapii uzależnienia.

Rekomendowane działania w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

Poziom finansowania świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w obszarze leczenia uzależnienia od alkoholu nie wszędzie zabezpiecza realny popyt 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 podstawowego programu terapii uzależnienia od alkoholu i brak albo zaledwie fragmenty pogłębionej psychoterapii uzależnienia).
- Gorszą jakością leczenia (poradnictwo zamiast programów psychoterapii uzależnienia od alkoholu, brak indywidualizacji ofert terapeutycznych, mało (lub brak) osób posiadających certyfikaty specjalistów psychoterapii uzależnień).

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 zakład lecznictwa odwykowego, zadaniem samorządu terytorialnego jest udzielenie mu 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 usług świadczonych przez ten zakład. Gdy odległość do najbliższej placówki uniemożliwia mieszkańcom gminy podejmowanie regularnej terapii, należy rozważyć możliwość utworzenia takiego zakładu 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 lecznictwa odwykowego. 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 pomocy społecznej.

● **Dofinansowanie programów psychoterapii uzależnienia od alkoholu realizowanych w placówkach odwykowych**

Badania katamnesticzne dowodzą, że indywidualna skuteczność leczenia odwykowego zależy w dużym stopniu od nieprzerwanego zaangażowania pacjentów w trwające do 24 miesięcy programy terapeutyczne¹. Nie tylko czas trwania, ale przede

¹ *Alkoholizm i Narkomania*, nr 3/1997.

wszystkim obszarach 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.

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

Kierownicy zakładów lecznictwa odwykowego 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 dofinansowanie świadczeń zdrowotnych w pogłębionym programie terapii uzależnienia, aby pacjenci otrzymali pełną, a nie tylko podstawową ofertę leczenia.

● 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 przygotować zespół placówki do jego realizacji. Aby uzyskać pomoc konsultanta, należy skontaktować się z wojewódzkim ośrodkiem terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w swoim województwie bądź z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

● Zakup świadczeń zdrowotnych w zakładach lecznictwa odwykowego

Dostępność lecznictwa jest bezpośrednio zależna od liczby zakładów oraz liczby i wymiaru czasu pracy zatrudnionych w nich specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień. Z uwagi na organizację procesu terapii i na stosunkowo dużą liczbę świadczeń, jakie powinien otrzymać każdy pacjent w placówce ambulatoryjnej, zespół terapeutyczny musi być odpowiednio liczny. Podstawo-

wym kryterium odniesienia jest tu możliwość szybkiego przyjęcia pacjentów, którzy trafili do poradni po raz pierwszy, realizacji zajęć grupowych i psychoterapii indywidualnej z taką częstotliwością, aby pacjent mógł uczestniczyć co najmniej raz w tygodniu w sesji psychoterapii indywidualnej i dwa razy w tygodniu w sesji psychoterapii grupowej.

Placówka lecznictwa odwykowego o charakterze ambulatoryjnym powinna realizować podstawowy i pogłębiony program terapii dla pacjentów uzależnionych od alkoholu i osób współuzależnionych, co oznacza konieczność utworzenia zespołu składającego się średnio z 4–5 terapeutów. Aby poradnia mogła realizować swoje zadania na poziomie minimalnym, niezbędne jest zatrudnienie trzech terapeutów, w tym co najmniej dwóch specjalistów psychoterapii uzależnień.

W każdym zakładzie lecznictwa odwykowego (poza oddziałem leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych) powinien być zatrudniony co najmniej jeden specjalista psychoterapii uzależnień (osoba posiadająca certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień). Sprawuje on nadzór nad pracą osób pozostających w procesie kształcenia do uzyskiwania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień oraz nad pracą instruktora terapii uzależnień.

W oddziale całodobowym wskazane jest, aby zespół terapeutów liczył co najmniej 5 osób, w tym minimalnie 3 specjalistów psychoterapii uzależnień i 2 instruktorów terapii uzależnień na każde 40 łóżek. Instruktorów mogą zastąpić specjaliści (ale nie odwrotnie).

Ponieważ środki pozyskiwane na leczenie osób uzależnionych od alkoholu z kontraktów z NFZ są niewystarczające, rekomenduje się rozważenie możliwości podpisania umowy z zakładem lecznictwa odwykowego na zakup świadczeń zdrowotnych bądź na realizację programów zdrowotnych (więcej w rozdziale Finansowanie zakładów lecznictwa odwykowego przez jednostki samorządu terytorialnego), co powinno umożliwić rozszerzenie składu zespołu terapeutycznego poprzez zatrudnienie dodatkowych terapeutów przez zakład opieki zdrowotnej.

Finansowanie programów psychoterapii uzależnienia dla wybranych grup pacjentów

Młodzież

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. Integralną część programu powinny stanowić również zajęcia edukacyjno-terapeutyczne dla rodziców/opiekunów.

Prowadzenie zajęć z młodzieżą wymaga dodatkowych kwalifikacji w stosunku do kwalifikacji uzyskiwanych w trakcie procesu certyfikacji pracowników lecznictwa

odwykowego. Ponieważ skuteczne pomaganie młodzieży wymaga objęcia pracą terapeutyczną całej rodziny, wskazane jest, aby przynajmniej niektórzy terapeuci w zespole mieli ukończone szkolenia w zakresie systemowej terapii rodzin lub by byli w trakcie takiego szkolenia.

Wskazane jest, aby gminy wspierały realizację programów dla młodzieży poprzez:

- finansowanie dodatkowych szkoleń dla pracowników lecznictwa odwykowego w ww. zakresie;
- finansowanie zajęć terapeutycznych i pozaterapeutycznych dla młodzieży i ich rodziców/opiekunów prowadzonych w ramach programu leczniczego – pod warunkiem, że zajęcia te nie są finansowane przez płatnika publicznego NFZ. W dotychczasowej praktyce występowały problemy z uzyskiwaniem kontraktów na terapię młodzieży. NFZ nie finansuje zajęć nie będących świadczeniem zdrowotnym, podczas gdy zajęcia takie są integralną częścią programu młodzieżowego (np. obozy terapeutyczne, zajęcia dla rodziców);
- finansowanie doposażenia placówek na potrzeby prowadzenia programów młodzieżowych – pomieszczenia przeznaczone na zajęcia z młodzieżą powinny być atrakcyjnie urządzone i dostosowane do potrzeb młodzieży.

Osoby niesłyszące

Osoby niesłyszące uzależnione od alkoholu 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. Rekomenduje się 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.

Mieszkańcy domów 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 uzależnio-

nych, które ukończyły leczenie w całodobowych oddziałach terapii oraz realizować zajęcia dla tych pensjonariuszy, którzy z racji niepełnosprawności nie mogą skorzystać z pomocy placówek leczenia odwykowego.

Ofiary i sprawcy 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 odwykowego prowadzono wstępną diagnozę zjawiska przemocy domowej u każdego nowego pacjenta. W niektórych placówkach terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia prowadzone są programy terapii dla ofiar przemocy domowej oraz programy terapii dla sprawców przemocy domowej. Gmina powinna wspierać finansowo realizację tych programów, a także wyposażać biblioteczki placówek w publikacje o tematyce przemocy (www.wydawnictwo.parpamedia.pl) oraz zadbać o przeszkolenie w tym kierunku wybranych pracowników leczenia odwykowego.

• Dofinansowywanie kształcenia pracowników leczenia odwykowego

Gmina powinna dofinansowywać szkolenia terapeutów, odbywające się w ramach podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników leczenia odwykowego, a zwłaszcza szkolenia obowiązkowe w ramach „Programu uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w zakładach leczenia 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 ilość 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 instruktorów terapii uzależnień. W zakładach stacjonarnych lub w oddziale leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych w skład zespołu terapeutycznego wchodzi także pielęgniarka, 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 szkoleń 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.

Dodatkowe informacje

Zgodnie z § 18 rozporządzenia osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia powinny mieć kwalifikacje zawodowe uzyskane w ramach „Programu uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w zakładach lecznictwa odwykowego”, zwanego dalej Programem szkoleniowym, opracowanego przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) i Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN) z dnia 7 grudnia 2006 r. (z późn. zm.).

W obszarze lecznictwa odwykowego zatrudnieni są specjaliści psychoterapii uzależnień (osoby posiadające certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień nadany przez 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, lub społecznych, lub pedagogiki (na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 6 maja 2003 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Edukacji, Dz.U. 2003.98.895),
 - 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, lub społecznych, lub pedagogiki (na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 6 maja 2003 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Edukacji),
 - co najmniej rozpoczęte szkolenie pierwszego etapu procesu certyfikowania, mające aktualną 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 aktualną 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 oraz nowoczesnych metod diagnozowania oraz terapii uzależnienia i współuzależnienia, w wymiarze nie mniejszym niż 650 godzin zajęć dydaktycznych, obejmujących naukę podstawowych umiejętności inter- i intrapersonalnych oraz podstawowych umiejętności pomagania osobom uzależnionym i ich bliskim w kontakcie indywidualnym i grupowym.

Etap drugi: staż kliniczny w akredytowanych placówkach terapii uzależnień w okresie nie krótszym niż 10 dni, 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 „certyfikacja terapeutów”. Przy podejmowaniu decyzji o refundacji szkoleń należy kierować się informacją, czy zostało ono akredytowane przez Dyrektora PARPA jako szkolenie spełniające standardy programu szkoleniowego.

• Dofinansowanie doskonalenia zawodowego pracowników lecznictwa odwykowego

Poza udziałem w obowiązkowych szkoleniach prowadzących do uzyskania certyfikatów, terapeuci uzależnień, jak również lekarze powinni uczestniczyć w konferencjach, szkoleniach, treningach, warsztatach doskonalących 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 zakładów lecznictwa odwykowego.

• Finansowanie superwizji klinicznej pracowników lecznictwa odwykowego

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 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 zakładów opieki zdrowotnej. 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.

Ilość i wyposażenie pomieszczeń w całodobowym oddziale terapii uzależnienia od alkoholu muszą być zgodne z ogólnymi przepisami dla zakładów 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 gabinety do prowadzenia sesji psychoterapii indywidualnej. Samorząd terytorialny może przekazać środki na zapewnienie właściwych warunków materialnych do prowadzenia terapii (rozdział Finansowanie zakładów lecznictwa odwykowego przez jednostki samorządu terytorialnego).

Wszystkie zakłady lecznictwa odwykowego (ambulatoryjne i całodobowe) powinny być dostosowane do przyjęcia pacjentów niepełnosprawnych fizycznie.

● **Doposażenie placówek leczenia odwykowego**

Do realizacji zadań statutowych zakładu leczenia odwykowego niezbędne jest wyposażenie placówki w podstawowe meble oraz sprzęt, taki 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 patrz w rozdziale Finansowanie zakładów leczenia 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 leczenia 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 leczenia odwykowego. Prenumerata tego czasopisma przez samorząd na rzecz zakładów leczenia odwykowego ułatwi dostęp terapeutów i lekarzy współczesnej wiedzy i praktyki klinicznej w leczeniu uzależnień.

● **Tworzenie nowej placówki leczenia odwykowego 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 tworzy się placówkę 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 oraz w szczególnych przypadkach – dofinansowanie utworzenia jednego lub kilku etatów terapeutycznych (zwłaszcza gdy nowa placówka działa w ramach związku gmin i jest finansowana z kilku źródeł), dofinansowanie szkoleń pracowników oraz sfinansowanie usług konsultanta, który będzie nadzorował tworzenie programu terapeutycznego i jego realizację.

Należy zaznaczyć, że w związku z zapisem art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.) organem założycielskim może być jednostka samorządu terytorialnego. Funkcj-

nowanie placówki 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

● 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 społecznego. W czasie pobytu muszą zachować abstynencję, uczestniczyć w życiu społeczności oraz podjąć starania w kierunku usamodzielnienia (wyrobienie dokumentów, znalezienie sobie miejsca do 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 wzmoczonych 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 lecznictwa odwykowego 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 odwykowych, 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, a te udzielane są wyłącznie w zakładach opieki zdrowotnej. Ponadto sądowe zobowiązanie do podjęcia leczenia odwykowego może być realizowane tylko w placówkach lecznictwa odwykowego. Zatem punkty konsultacyjne nie są (i nie mogą być) alternatywą czy konkurencją dla zakładów lecznictwa odwykowego.

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, zaniedbywanie dzieci, problem pijących nastolatków, ubóstwo. W związku z tym osoby dyżurujące w punkcie muszą być interdyscyplinarnie przeszkolone w zakresie różnych problemów, które występują w rodzinie al-

koholowej 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 odwykowego. 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 „lecznictwo odwykowe”.

Podstawowe zadania punktu konsultacyjnego:

- motywowanie zarówno osób uzależnionych, jak i osób współuzależnionych do podjęcia psychoterapii w zakładach leczenia odwykowego, 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 w zakładach opieki zdrowotnej (art. 21 Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi), zatem formy zajęć terapeutycznych dofinansowywane przez gminy, a odbywające się poza ZOZ-ami, 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

Pomoc terapeutyczna dla dorosłych członków rodziny z problemem alkoholowym

Rekomendowane działania w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

- **Dofinansowanie programów terapii dla osób współuzależnionych**

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. Programy pomocy dla osób współuzależnionych realizowane są najczęściej w ambulatoryjnych zakładach leczenia odwykowego.

- **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 odwykowego w podstawowym programie terapii osób uzależnionych organizowały sesje rodzinne i spotkania konsultacyjne dla rodzin, a w programie pogłębionym: 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 dofinansowania usług z tego zakresu, względnie pokrycie kosztów dodatkowych szkoleń dla pracowników lecznictwa odwykowego.

● **Dofinansowanie 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 rozwiązuje bez pomocy specjalistów. DDA mogą osiągać wiele sukcesów w życiu, zwłaszcza zawodowym. Nasilenie cech charakterystycznych dla syndromu DDA może jednak przeszkadzać w codziennym funkcjonowaniu i 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 krótkotrwałym), 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 sfinansowanie realizacji programów pomocy profesjonalnej dla tej grupy pacjentów (grup wsparcia, rozwoju osobistego, konsultacje indywidualne czy psychoterapii) oraz szkoleń podnoszących kompetencje specjalistów psychoterapii uzależnień w tym zakresie.

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 niezaspokojeniem ich podstawowych potrzeb przez rodziców. Doświadczają one wielu traumatycznych sytuacji związanych z chaosem i awanturami w domu, a także nie wypełnianiem ról rodzicielskich przez uzależnionych bądź współuzależnionych rodziców. W związku z bra-

kiem oparcia ze strony dorosłych dzieci żyją w poczuciu braku bezpieczeństwa emocjonalnego 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.

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 bądź 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.

Rekomendowane działania w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

- Tworzenie i finansowanie bieżącej działalności świetlic opiekuńczo-wychowawczych, socjoterapeutycznych dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.
- Finansowanie dożywiania dzieci uczęszczających do świetlic socjoterapeutycznych i opiekuńczo-wychowawczych.
- Finansowanie prowadzenia 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 ramach zajęć 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 całorocznej pracy z dziećmi.
- Finansowanie zatrudnienia pracowników merytorycznych w placówkach pomocy dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. W przypadku wychowaw-

ców w świetlicach dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, pracujących w wymiarze 24 godzin tygodniowo, zasadnym jest zatrudnienie ich na podstawie umowy o pracę.

- 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, psychologzy, nauczyciele, którzy są zatrudnieni w tego typu placówkach lub deklarują gotowość podjęcia tego rodzaju pracy.
- Organizowanie lokalnych narad, 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 – Płodowym Zespołem Alkoholowym – oraz dla ich rodziców i opiekunów. Szacuje się, iż rocznie w Polsce rodzi się od kilku do kilkunastu tysięcy dzieci zaburzeniami spowodowanymi pićm alkoholu przez matki w czasie ciąży. Niezbędne jest dostarczanie wiedzy na temat FAS/FAE 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 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.
- 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 różną 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 wartościowe od innych, 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 ilości 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 liczby świetlic socjoterapeutycznych – placówek oferujących specjalistyczną pomoc dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym.

W 2008 roku w polskich gminach funkcjonowało 1796 świetlic socjoterapeutycznych (o 131 mniej niż roku poprzednim), w których z pomocy świadczonej w ramach zajęć skorzystało 64,5 tys. dzieci, z czego jedynie 34,5 tys. było dziećmi z rodzin z problemem alkoholowym. W tym okresie samorządy gminne na funkcjonowanie świetlic socjoterapeutycznych wydatkowały ponad 43,6 mln zł, co stanowi kwotę o 8 mln większą niż w poprzednim roku. Wzrost środków finansowych przeznaczonych na działalność świetlic socjoterapeutycznych jest pozytywną tendencją, mogącą świadczyć o polepszeniu jakości pomocy udzielanej podopiecznym w placówkach już istniejących. Z drugiej strony obserwujemy fakt, iż wzrost nakładów finansowych nie skutkuje zwiększeniem ilości dzieci korzystających z pomocy. Z powyższych danych wynika, iż jednym z największych deficytów dla społeczności lokalnych w Polsce pozostaje wciąż zbyt mała dostępność profesjonalnej pomocy dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, co oznacza, że znacząca większość dzieci jest jej pozbawiona. Trendowi temu towarzyszy ponadto wiele niekorzystnych zjawisk, takich jak: brak stabilizacji funkcjonowania placówek, zatrudnianie wychowawców nie na etatach, lecz w ramach umów zleceń, co sprawia, że większość z nich traktuje tę pracę jako dodatkowe zajęcie, nie angażując się należycie w pomoc dzieciom, jest duża rotacja

kadry, która pracuje z dużymi grupami dzieci co uniemożliwia realizację indywidualnych placówek 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 mogą uzyskać pomoc dzieci alkoholików, to z drugiej strony, system ten nie jest tak efektywny i pomoc tak skuteczna, jak można by oczekiwać. **Troska o jakość i standardy pracy oraz zwiększenie dostępności pomocy dla większej ilości dzieci powinny być priorytetem przy podejmowaniu decyzji finansowych.**

Zadania świetlicy socjoterapeutycznej

- 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 uwzględniać włączanie dziecka w działania różnorodnych kół zainteresowań, grup rozwojowych, w pozaszkolne i pozaszkolne zajęcia – 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 osiągnięciami).
- Utrzymywanie kontaktów z rodziną dziecka w celu:
 - diagnozy sytuacji rodzinnej,
 - rozwiązywania problemów rodziny (np. motywowanie osoby uzależnionej lub współuzależnionej do podjęcia terapii),
 - współpracy dotyczącej postępów dziecka w procesie socjoterapii.
- Współpraca z instytucjami (gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych, szkoła, ośrodek pomocy społecznej, sąd rodzinny, powiatowe centrum pomocy rodzinie itp.), które mogą pomóc rodzinie w rozwiązaniu jej problemów, a zwłaszcza w zakresie podejmowania interwencji wobec osób uzależnionych i współuzależnionych. 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 socjoterapeutycznych

- 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 planowaniem w zespole pracowników.
- Indywidualne spotkania z dziećmi organizowane poza pracą z grupą.
- Prowadzenie dokumentacji pracy z dzieckiem i z grupą.
- Współpraca z innymi instytucjami (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). 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 akcie prawnym przedstawione 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

Kiedy Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w 1996 r. nałożyła na samorządy lokalne zadanie własne w postaci „udzielania członkom rodzin z problemem alkoholowym pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą”, zagadnienia związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie stały się ważnym obszarem aktywności gmin w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Dodatkowo ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. Nr 180, poz. 1493) doprecyzowała, że zadania w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie mają być realizowane w oparciu o zapisy ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (art. 6 ust. 1). Nowelizacja tej ustawy wprowadziła z dniem 1 sierpnia 2010 r. szereg rozwiązań, które służyć mają skuteczniejszej ochronie rodzin przed przemocą.

Rekomendowane działania w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

● Budowanie lokalnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie

Tworzenie gminnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie jest zadaniem własnym gminy wynikającym z zapisów ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Uruchomienie tego systemu powinna poprzedzać diagnoza lokalnych zasobów i potrzeb w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie, z uwzględnieniem potrzeb rodzin z problemem alkoholowym. Działania w ramach gminnego systemu dają możliwość zaplanowania i udzielenia kompleksowej pomocy rodzinom, w których jest przemoc. Warunkiem jest jednak współpraca przedstawicieli służb i instytucji, które w danej gminie funkcjonują w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie, w tym m.in.: pracowników socjalnych, policjantów, członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, przedstawicieli oświaty, wymiaru sprawiedliwości, ochrony zdrowia. W związku z powyższym rekomenduje się organizowanie porad, konferencji, spotkań służących poznaniu kompetencji i doświadczeń tych służb w zakresie pomocy rodzinom z problemem alkoholowym i przemocy, określeniu możliwości udzielenia pomocy oraz planowaniu i prowadzeniu wspólnej polityki wobec zjawiska przemocy w rodzinie, ze szczególnym uwzględnieniem rodzin z problemem alkoholowym.

● Tworzenie i finansowanie specjalistycznych 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.

Dodatkowe informacje

W Polsce od kilku lat liczba placówek pomagających ofiarom przemocy w rodzinie utrzymuje się na podobnym poziomie. Zwraca uwagę brak stabilności istniejących już placówek – zwykle w ciągu jednego roku z mapy miejsc udzielających pomocy ofiarom przemocy znika tyle samo podmiotów, ile powstaje nowych. Tworzenie nowych miejsc pomocy rodzinom, w których dochodzi do przemocy, powinno być poprzedzone diagnozą lokalną, która pozwoli stwierdzić, jakie placówki są potrzebne

mieszkańcom danej gminy. Dla małych gmin optymalne jest zawieranie międzygminnych porozumień, które pozwalają na bardziej efektywne wykorzystanie oferty placówki oraz na bardziej ekonomiczne gospodarowanie środkami finansowymi.

● **Tworzenie zespołów interdyscyplinarnych ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie**

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 10 czerwca 2010 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie jednym z zadań własnych gminy realizowanych w ramach gminnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie jest tworzenie zespołów interdyscyplinarnych.

W skład zespołów – powoływanych przez wójta, burmistrza albo prezydenta miasta – mają wchodzić przedstawiciele jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, policji, oświaty, ochrony zdrowia, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych oraz organizacji pozarządowych, a także kuratorzy sądowi. Do współpracy mogą być zapraszani także prokuratorzy oraz przedstawiciele innych podmiotów działających na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Zespół może powoływać grupy robocze, które m.in. będą opracowywać i realizować plan pomocy dla konkretnej rodziny, w której jest przemoc.

Profesjoniści w ramach zespołu interdyscyplinarnego mają ze sobą w sposób skoordynowany współpracować, w celu lepszego i bardziej skutecznego reagowania na przemoc. Jest to możliwe dzięki łączeniu kompetencji poszczególnych służb, co z kolei wpływa na większą efektywność pomocy udzielanej osobom krzywdzonym przez najbliższych.

Rekomenduje się więc prowadzenie edukacji w zakresie interdyscyplinarnej współpracy służb, w tym m.in.:

- prowadzenie szkoleń i konferencji,
- opracowywanie i wydawanie publikacji (broszur, ulotek),
- opracowywanie i upowszechnianie informatorów zawierających informacje o potencjalnych, instytucjonalnych partnerach do współpracy, ich zadaniach i kompetencjach.

● **Wspieranie procedury „Niebieskie Karty”**

Praca w zespołach interdyscyplinarnych wiąże się z realizacją zadań wynikających z procedury „Niebieskie Karty”. Zgodnie z nowelizacją ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, o każdym przypadku przemocy, który wymagał uruchomienia tej procedury, powinien być informowany przewodniczący zespołu interdyscyplinarnego. Ustawa wprowadza – obligatoryjnie – procedurę „Niebieskie Karty” do praktyki działania policji, pomocy społecznej, oświaty, ochrony zdrowia oraz gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.

Rekomenduje się zintensyfikowanie działań służących wdrożeniu procedury „Niebieskie Karty” do praktyki gminnych komisji w sprawach przemocy domowej. Trzeba zadbać, aby wszystkie gminne komisje posiadały odpowiednią dokumenta-

cję 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, porad, konferencji nt. procedury „Niebieskie Karty” i zjawiska przemocy w rodzinie,
- przygotowywanie odpowiednich materiałów informacyjno-edukacyjnych nt. istniejącej infrastruktury placówek pomocowych oraz zatrudnionej w nich kadry (informatory, ulotki, plakaty).

Dodatkowe informacje

W 2009 r. policjanci przeprowadzili 81,4 tys. interwencji w sprawach przemocy w rodzinie z wykorzystaniem procedury „Niebieskie Karty” (w porównaniu do roku 2008 mniej o prawie 5 tys.). Zmniejszyła się liczba osób, które policjanci zdiagnozowali jako ofiary przemocy w domowej (z 139,7 tys. do 132,8 tys. osób). Wzrosła natomiast liczba „Niebieskich Kart” wypełnionych przez pracowników socjalnych (o ponad 1,7 tys.).

● Stworzenie oferty programów edukacyjno-korekcyjnych dla sprawców przemocy w rodzinie

Ważnym zadaniem jest również realizacja programów edukacyjno-korekcyjnych i terapeutycznych dla 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. Oznacza to, że zapotrzebowanie na ofertę w postaci programów edukacyjno-korekcyjnych i psychologicznych dla osób stosujących przemoc wobec swoich bliskich może być coraz większe. Warto zadbać zarówno o zwiększenie dostępności takich programów, jak również o dobrą współpracę z wymiarem sprawiedliwości tak, aby przygotować się na większą liczbę tego typu orzeczeń i umożliwić zobowiązany realizację orzeczonego obowiązku.

Od kilku lat rekomenduje się także włączenie do programów realizowanych w placówkach leczenia odwykowego zagadnień o charakterze edukacyjno-korekcyjnym, służących zatrzymaniu przemocy. System leczenia odwykowego umożliwia stosunkowo łatwe dotarcie do osób stosujących przemoc wobec swoich bliskich. Pożądane jest przygotowanie kadry pracowników leczenia odwykowego w zakresie rozpoznawania przypadków przemocy w rodzinach osób, które zgłaszają się po pomoc oraz w zakresie motywowania ich do uczestnictwa w programach dla ofiar lub 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, które pojawiają się w procesie wychowywania dzieci.

● Podnoszenie kompetencji w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie

Osoby zajmujące się zjawiskiem przemocy w rodzinie 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 przemocy domowej. Szkolenia takie powinny mieć charakter interdyscyplinarny – w ten sposób dają możliwość poznania specyfiki pracy i kompetencji innych służb oraz nawiązywania osobistych relacji będących nieodzownym elementem współpracy.

Dodatkowe informacje

W 2004 r. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych uruchomiła system certyfikowania osób zajmujących się problematyką przemocy w rodzinie. Każdy, kto pracuje z rodzinami, w których jest przemoc, może ubiegać się o tytuł specjalisty lub konsultanta po spełnieniu kryteriów określonych w „Programie potwierdzania kwalifikacji osób pracujących w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie”. Więcej informacji dotyczących systemu certyfikowania na stronie www.parpa.pl. Obecnie Certyfikat specjalisty i konsultanta w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie posiada ponad 160 osób.

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 90,2% gimnazjalistów z klas III i 94,8% uczniów klas II szkół ponadgimnazjalnych. W czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem jakiegokolwiek napoje alkoholowe piło 78,9% młodszych uczniów i 92% uczniów starszych. Ostatnie badania (ESPAD 2007) wskazują, iż w Polsce nastąpiło zatrzymanie tendencji wzrostowej, a 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 21,7% uczniów trzecich klas gimnazjów i 31,8% uczniów klas trzecich szkół ponadgimnazjalnych). W badaniach obserwujemy również trend wyrównywania się zachowań ryzykownych wśród dziewcząt i chłopców. Przełamanie stereotypu dotyczącego tego, że piją tylko chłopcy i praca z dziewczętami to kolejny obszar, który powinien być uwzględniany 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 celu stanie się o tyle możliwe, o ile nasze działania będą prowadzone systematycznie i planowo, przy wykorzystaniu różnych form oddziaływań i skierowaniu działań na różne obszary. Należy również pamiętać, iż wiele z podejmowanych działań (np. programów pro-

filaktycznych) odnosić się może nie tylko do jednego specyficznego zachowania problemowego, ale do różnych zachowań ryzykownych i zagrożeń wynikających z ich podejmowania (przemoc, agresja, sięganie po substancje psychoaktywne, wagary, przedwczesna inicjacja seksualna). 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 itp.).

W ostatnich 15 latach na świecie podjęto próby uporządkowania koncepcji i definicji związanych z profilaktyką zaburzeń behawioralnych i zaburzeń zdrowia psychicznego. Do tego obszaru należą m.in. problemy alkoholowe, problemy związane z używaniem narkotyków, a także uzależnienia od substancji psychoaktywnych. W ramach tych działań opracowano nowe definicje poziomów profilaktyki, które już od kilku lat obowiązują nasz kraj w kontaktach międzynarodowych. Są one zbudowane w oparciu o kryterium dotyczącym oceny indywidualnego ryzyka powstawania problemów zdrowotnych. W porównaniu do starej terminologii (profilaktyka I, II i III stopnia), nowe terminy bardziej precyzyjnie określają granice między profilaktyką a promocją zdrowia, a także między profilaktyką a leczeniem uzależnień oraz innych zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu².

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.

² Nowe poziomy profilaktyki i ich definicje zostały wprowadzone do międzynarodowego obiegu przez amerykański Institute of Medicine (IOM) w 1994 roku (Mrzerek i Haggerty, 1994). Autorzy nowych definicji zmodyfikowali i poszerzyli klasyfikację poziomów profilaktyki problemów zdrowotnych zaproponowaną przez R. Gordona (1985, 1987).

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).

Rekomendowane działania 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**

Standardy jakości programów profilaktycznych zostały opracowane przez Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej (obecnie placówka wchodząca w skład Ośrodka Rozwoju Edukacji) i znajdują się na stronie internetowej www.cmppp.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.

Ważne jest, aby pamiętać, że programy profilaktyczne powinny być nie tylko prowadzone metodami aktywizującymi, ale także powinny być interakcyjne. 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 lub na stronie www.cmppp.edu.pl.

Osoby – zajmujące się realizacją profilaktyki lub ocenianiem ofert programów i działań profilaktycznych – zachęcamy również do zapoznania się z systemem ocen i rekomendacji programów profilaktyki i promocji zdrowia wprowadzanym w ramach wspólnego projektu Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Ośrodka Rozwoju Edukacji (dawne Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej), Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. System został stworzony, aby upowszechnić sprawdzone praktyki/programy profilaktyczne, popularyzować wiedzę na temat sku-

tecznych strategii profilaktycznych oraz metod konstruowania programów. Każdy program będzie poddany ocenie, a rekomendacje będą przyznane na jednym z 3 poziomów:

„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,

„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,

„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 lub na stronie www.narkomania.gov.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.:

- figurowanie programu w bazach danych programów rekomendowanych i odpowiednio udokumentowane uprawnienia do realizacji (np. zaświadczenia o szkoleniach),
- intensywność oddziaływania (duża liczba godzin),
- wyniki ewaluacji programu, które dołączone są do oferty,
- szczegółowy opis działań w ramach programu – scenariusz zajęć,
- precyzyjny i realistyczny opis celów oraz założeń programu.

Z analizy ankiet PARPA G1 oraz informacji nadsyłanych przez samorządy za rok 2009 wynika, iż mimo dużych nakładów finansowych wydatkowanych na profilaktykę oraz dużych ilości dzieci i młodzieży uczestniczących w tych działaniach, większość tych oddziaływań ma charakter krótkotrwały i jednorazowy (spektakle, zawody sportowe, festyny, konkursy itp.). Badania dotyczące skuteczności oddziaływań profilaktycznych wskazują na niską efektywność tego typu oddziaływań.

● **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. Przykładem takich działań są programy mające na celu rozwijanie umiejętności wychowawczych, np. Szkoła dla rodziców, wspieranie rodziców w trudnościach wychowawczych, prowadzenie grup wsparcia, 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 zarówno na równoległym oddziaływaniu na rodziców, jak 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 realizowane jedynie w placówkach leczenia odwykowego. Działania interwencyjno-korekcyjne mogą być realizowane również w szkole przez przeszkolonych nauczycieli, np. przy wykorzystaniu procedury „Interwencji profilaktycznej” opracowanej przez zespół Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej PRO-M Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie lub program „Korekta” (przeznaczony dla młodzieży pełnoletniej, w uzasadnionych przypadkach wykorzystywany 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 tworze-

niem scenariusza oraz opracowywaniem scenografii. Możliwość opowiedzenia o problemach swoich rówieśników, wyrażenia swoich emocji, uczenia się umiejętności aktorskich czy reżyserskich okazała się dla młodych ludzi dobrym programem profilaktycznym. Jednocześnie – prezentując program wśród swoich rówieśników – mogą oni 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. Nawet przy realizacji wydarzeń jednorazowych należy zadbać, aby były one wpisane w szerszy program profilaktyczny – odwołując się do zdobytych wcześniej doświadczeń, wiedzy, umiejętności lub odwołując się do danego wydarzenia w pracy profilaktycznej w przyszłości.

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

W szkoleniach właścicieli punktów sprzedaży napojów alkoholowych należy uwzględniać nie tylko aspekty prawne, lecz również obszar osobistych motywacji (np. postawy rodzicielskie, mity na temat alkoholu) oraz umiejętności praktyczne (ćwiczenie scen asertywnego odmawiania). Dział ds. Rodziny i Młodzieży PARPA dysponuje listą instruktorów przygotowanych do prowadzenia szkoleń dla sprzedawców w zakresie niesprzedawania alkoholu nieletnim (lista instruktorów dostępna na stronach 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. diagnozę problemu oraz zapotrzebowanie na działania z zakresu profilaktyki pierwszorzędowej bądź działań korekcyjnych, interwencyjnych 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

psychoaktywnych. 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 (procedury badawczej i doboru próby), aby wyniki badań można było porównać z wynikami ogólnopolskich badań ESPAD, co pozwoli na określenie skali zjawiska w środowisku lokalnym (kwestionariusz wykorzystywany w badaniach ESPAD jest dostępny na www.parpa.pl). 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 do wypicia alkoholu).

Warto również podkreślić, że podstawową rolą ewaluacji jest rozwój i poprawa jakości prowadzonych działań oraz wzrost kompetencji, umiejętności realizatorów. Ewaluacja nie powinna być traktowana jedynie 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 jednak 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. 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”), a także wzmacniać czynniki chroniące, zwłaszcza poprzez ukazywanie autorytetów promujących wzorzec trzeźwości (trenera, znanych sportowców, nauczycieli wychowania fizycznego itp.) i rozwijanie zainteresowań. 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 zwrócić 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, zasady 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 narzuczonego regulaminu),
- trening umiejętności życiowych, uczenie rozwiązywania konfliktów, komunikacji 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).

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

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/imprez 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/imprez sportowych dzieci i młodzieży przez producentów napojów alkoholowych.

Warto przypomnieć, że zgodnie z art. 13⁵ 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 ww. funduszu (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 również jest 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, ośrodkach 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** – organizowanie festynów, obchodów lokalnych dni,

np.: trzeźwości, światowego dnia FAS (Fetal Alcohol Syndrome, 9 września każdego roku), happeningów, pikników, konferencji prasowych, debat w lokalnych mediach. Rekomendowane jest włączanie się w ogólnopolskie kampanie edukacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Taka współpraca zwiększa widoczność i skuteczność kampanii dzięki temu, że jej przekaz dociera do szerokiego grona odbiorców.

- **Produkcja lub zakup materiałów edukacyjnych oraz dystrybucja wśród 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. – broszur, plakatów, ulotek z profilaktycznymi treściami edukacyjnymi dotyczącymi problematyki alkoholowej oraz gadżetów profilaktycznych (np. liczniki promili dla kierowców) z logo gminy/partnerów/sponsorów/patronów medialnych i honorowych (www.wydawnictwo.parpamedia.pl).
- **Angażowanie w samorządowe działania edukacyjne i informacyjne lokalnych i regionalnych tzw. VIP-ów, osób znanych, sportowców, artystów i innych autorytetów społecznych w celu większej skuteczności oddziaływań.**
- **Pozyskiwanie dla podejmowanych działań patronatów instytucji, organizacji i firm cieszących się uznaniem oraz patronatów medialnych lokalnych i regionalnych mediów, co nadaje wyższą rangę przekazywanym komunikatom i podnosi ich wiarygodność.**
- **Edukacja lokalnych decydentów i radnych co do wagi i skali problematyki alkoholowej** poprzez zapraszanie ich do lokalnych debat, kampanii edukacyjnych, udziału w imprezach profilaktycznych; zapozdawanie z lokalną i ogólnopolską diagnozą problemów alkoholowych, także 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.
- **Aktywna współpraca z lokalnymi i regionalnymi mediami, monitorowanie** wartości 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, leczenie 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 publikowanie wyników tych badań w środowisku lokalnym.
- **Organizacja konferencji, porad, seminariów i szkoleń dla różnych grup zawodowych** pracujących w systemie pomocy dzieciom, młodzieży, rodzinom i osobom z problemem alkoholowym, a także w systemie przeciwdziałania przemocy.
- **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 podstawowych 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.

Rekomendowane działania w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych wobec nietrzeźwości kierowców

- **Organizowanie lokalnych i regionalnych kampanii i innych 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 kam-

panii społecznych powinno być równocześnie uzupełnione zwiększeniem kontroli trzeźwości kierowców na drogach.

● **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 właściwych osób prowadzących zajęcia; osoby te powinny mieć odpowiednią wiedzę, umiejętności i doświadczenie w prowadzeniu tego rodzaju szkoleń,
- realizacja rekomendowanego (sprawdzonego) zakresu merytorycznego szkolenia.

Więcej informacji na temat wymogów dotyczących zawartości programu zajęć dla kandydatów na kierowców oraz wymagań wobec osób prowadzących znaleźć można na stronie: www.wyhamujwpore.pl

● **Organizowanie specjalistycznych szkoleń z zakresu problematyki alkoholowej dla kierowców zawodowych (np. autobusowe zakłady miejskie) oraz wprowadzenie profilaktycznych programów pracowniczych w zakładach komunikacji publicznej**

Osoby realizujące program powinny mieć odpowiednie kwalifikacje związane z posiadaniem wiedzy na temat wpływu alkoholu na organizm, a także umiejętność pracy z grupą. Należy także monitorować zawartość merytoryczną ww. szkoleń i pracowniczych programów profilaktycznych, 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 ww. 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 do potrzeb ściśle określonej grupy odbiorców.

Należy mieć na uwadze, iż często programy edukacyjne dla kandydatów na kierowców 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 – chodzi o zmniejszenie liczby kierowców jeżdżących pod wpływem alko-

holu, ale pod względem merytorycznym są to dwa różne programy: o różnej dynamice, kierowane do dwóch różnych grup (ze względu na specyfikę sytuacji), zawierające nieco inne treści i wymagające innych umiejętności od osób prowadzących. Program dla osób zatrzymanych jest programem dłuższym i bardziej wielowymiarowym. Jednym z jego celów operacyjnych jest zmiana postaw i przekonań kierowców poprzez przepracowanie dotychczasowych doświadczeń z kierowaniem pod wpływem alkoholu. Natomiast program dla kandydatów na kierowców ma głównie charakter edukacyjny i ma na celu modelowanie właściwych zachowań w przyszłości.

● **Prowadzenie edukacji z wykorzystaniem materiałów informacyjnych i edukacyjnych**

Przydatne informacje można znaleźć w broszurach i ulotkach skierowanych do kierowców (do nabycia np. w Wydawnictwie Edukacyjnym PARPAMEDIA, www.wydawnictwo.parpamedia.pl), zawierających informacje o realnym wpływie alkoholu na kierowanie pojazdami.

Prowadzenie takiej edukacji może odbywać się poprzez przekazywanie materiałów edukacyjnych do odpowiedniej komórki urzędu zajmującego się wydawaniem praw jazdy czy szkół nauki jazdy.

● **Nawiązanie współpracy z policją w celu zwiększenia liczby kontroli kierowców pod względem trzeźwości**

W ramach tej współpracy samorząd może dokonać zakupu alkometru, który będzie elementem gminnych działań związanych z przeciwdziałaniem nietrzeźwości kierowców.

● **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.

Dodatkowe informacje

W 2009 roku nietrzeźwi uczestnicy ruchu spowodowali 4139 wypadków (9,4% ogółu), w których zginęło 466 osób (10,2%), a rannych zostało 5318 osób (9,5%). Porównanie analogicznych danych z roku 2008* wskazuje na niepokojący wzrost wymienionych wskaźników. Rocznie policja zatrzymuje blisko 200 tys. kierowców pod wpływem alkoholu (dane KGP).

Alkohol etylowy zawarty w piwie, winie, wódce działa na nasz organizm w taki sam sposób: zakłóca funkcjonowanie układu nerwowego, w tym ośrodków nerwo-

* W 2008 roku kierowcy będący pod wpływem alkoholu spowodowali 5 529 wypadków, w których 427 osób poniosło śmierć, a 4976 zostało rannych.

wych, które odgrywają kluczową rolę w prowadzeniu pojazdu, gdyż decydują o koordynacji wzrokowo-ruchowej. Im więcej alkoholu etylowego wypijemy, tym bardziej zakłócone jest funkcjonowanie naszego organizmu.

W większości krajów europejskich dopuszczalna zawartość alkoholu we krwi kierowcy nie przekracza 0,5 promila. Są też kraje, w których kierowca nie może mieć jakiegokolwiek ilości alkoholu we krwi! W Polsce rocznie wciąż odnotowuje się większą liczbę nietrzeźwych kierowców niż w innych krajach Europy.

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 powinny 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 zapewnienie bezpieczeństwa mieszkańcom i utrzymanie porządku publicznego nie należy do katalogu zadań gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych niezależnie od przyczyn określonych zdarzeń.

Rekomendowane działania w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

- **Podnoszenie kompetencji zawodowych przedstawicieli służb społecznych kontaktujących się z osobami nietrzeźwymi**

Jedną z niewątpliwie potrzebnych umiejętności do profesjonalnego wykonywania swoich obowiązków u przedstawicieli służb społecznych jest umiejętność nawiązania kontaktu z osobą nietrzeźwą. W tym celu samorząd gminny ma możliwość organizacji szkoleń dla przedstawicieli poszczególnych służb społecznych ze swojego terenu na temat umiejętnego kontaktowania się i postępowania z nietrzeźwymi klientami (petentami, pacjentami).

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

W tym celu rekomenduje się wypracowanie 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 ww. strategii. Warto też wdrażać działania zwiększające bezpieczeństwo na kąpieliskach, np. inicjowanie zmian w regulaminach kąpielisk dotyczących wnoszenia i spożywania alkoholu na ich terenie.

- **Działania na rzecz zwiększenia bezpieczeństwa na stadionach piłkarskich poprzez np. współpracę z właścicielami/zarządcami stadionów, policją, strażą miejską**

Jej celem powinno być zmniejszenie liczby nietrzeźwych kibiców i problemów przez nich powodowanych podczas imprez sportowych. Rekomenduje się także inicjowanie działań zmierzających do zmiany w kierunku bardziej restrykcyjnym gminnych zapisów regulujących zasady wnoszenia czy też sprzedaży alkoholu podczas imprez sportowych.

Działania na rzecz ograniczenia populacji osób pijących ryzykownie i szkodliwie

Wprowadzenie

Szacuje się, że populacja osób pijących ryzykownie i szkodliwie jest aż cztery razy większa niż populacja osób uzależnionych od alkoholu i stanowi nawet do 13% danej populacji. Osoby pijące szkodliwie doznają z tego powodu szkód zdrowotnych, społecznych, psychologicznych, choć nie występuje u nich uzależnienie od alkoholu. Natomiast ryzykowne spożywanie alkoholu to picie nadmiernych ilości alkoholu (jednorazowo i łącznie w określonym czasie), nie pociągające za sobą aktualnie negatywnych konsekwencji, przy czym można oczekiwać, że konsekwencje te pojawią się, o ile obecny model picia alkoholu nie zostanie zmieniony.

Rekomendowane działania w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

- **Wdrażanie do podstawowej opieki zdrowotnej programów wczesnego rozpoznawania i interwencji (WRKI) wobec osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie**

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

Około 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 powinno być jednym z priorytetowych zadań zapisanych w programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

● **Finansowanie szkoleń dla personelu medycznego w obszarze WRKI**

W ramach tego zadania powinno się zapewnić przeszkolenia dla 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

● **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 odwykowego 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.

● **Finansowanie wdrażania programów WRKI do praktyki klinicznej**

Istotnym elementem, na który należy zwrócić uwagę, jest fakt, że samo badanie przesiewowe nie powinno zakończyć kontaktu lekarza POZ z pacjentem. Istotą tej metody jest podjęcie interwencji, która w przypadku osób z podejrzeniem uzależnienia powinna skutkować skierowaniem do placówki odwykowej, a w przypadku osoby pijącej szkodliwie lub ryzykownie – podjęciem ustrukturyzowanej rozmowy, mającej na celu zmotywowanie pacjenta do ograniczenia picia do poziomu niosącego niższe ryzyko szkód.

Procedura WRKI nie wchodzi w zakres świadczeń zdrowotnych refundowanych przez NFZ. Należy rozważyć stworzenie takiego mechanizmu finansowego, który motywowałby lekarzy do prowadzenia tego typu działań. Najczęściej stosowanym rozwiązaniem jest tu zawieranie porozumienia finansowego z zakładem opieki zdrowotnej, zgodnie z którym wypłacanoby określoną kwotę za każdego pacjenta, wobec którego przeprowadzono procedurę wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji. Wynik testu przesiewowego oraz podjęcie przez pracownika medycznego interwencji muszą być udokumentowane w historii choroby pacjenta.

ROZDZIAŁ IV

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

Wprowadzenie

W wieloletniej praktyce utarło się, iż wspomaganie działalności organizacji pozarządowych służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych polega na finansowaniu ich zadań statutowych. Jest to niezgodne z obowiązującymi przepisami prawa. Samorząd – realizując poszczególne zadania gminnego programu – może wspierać organizacje pozarządowe jedynie w zakresie poszczególnych zadań przez nie realizowanych poprzez powierzenie lub wsparcie. W związku z czym nie ma możliwości pokrywania bieżących wydatków związanych z działalnością organizacji pozarządowej (np. czynszu, zatrudnienia, zakupu wyposażenia). Natomiast w kosztach realizacji poszczególnych zadań przy otrzymaniu dotacji winny być uwzględnione i pokrywane (zgodnie z podpisaną umową) wszystkie wydatki związane z realizacją zadania, chyba że przepisy odrębne wprowadzają w tym zakresie jakieś ograniczenia. Przy procedurze zlecenia zadań organizacjom pozarządowym zastosowanie ma ustawa o działalności pożytku publicznym 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**. Stanowią one miejsce 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.** Stowarzyszenia abstynenckie podejmują działania nakierowane na motywowanie do leczenia odwykowego, a także nawiązywanie kontaktu z osobami uzależnionymi. Członkowie stowarzyszeń abstynenckich mogą osiągać w tym zakresie znaczącą efektywność.

Stowarzyszenia te mogą odgrywać również znaczącą rolę, **organizując różnego rodzaju oddziaływania rehabilitacyjne po zakończonym leczeniu**, kierowane do osób uzależnionych i członków ich rodzin. Mogą to być np. warsztaty komunikacji małżeńskiej, treningi asertywności, treningi radzenia sobie ze stresem, złością, grupy wsparcia dla osób współuzależnionych itp. Rekomendowane jest również, aby kluby angażowały się w **przeciwdziałanie przemocy w rodzinie**, uruchamiając

np. grupy wsparcia dla ofiar przemocy (z zastrzeżeniem, że osoby prowadzące zajęcia mają mieć odpowiednie do tego przygotowanie) czy oddziałując na organa policji i pomoc społeczną w zakresie efektywnej realizacji procedury „Niebieskich Kart”. Wskazane jest również **tworzenie oferty dla dzieci (młodzieży) członków klubu** z uwzględnieniem specyfiki ich doświadczeń wynikających z wychowywania się w rodzinie alkoholowej. Warunkiem uruchomienia programów pomocy psychologicznej jest współpraca z osobami odpowiednio do tego przygotowanymi, a gmina – rozważając zasadność i możliwość sfinansowania danego programu – ocenia kwalifikacje osób prowadzących.

Warto podkreślić, że oddziaływania psychologiczne realizowane w klubach nie są terapią. Termin ten określa profesjonalne oddziaływania terapeutyczne związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w specjalistycznych placówkach. Stowarzyszenia powinny odgrywać znaczącą rolę w lokalnym systemie rozwiązywania problemów alkoholowych, **współpracując m.in. z lecznictwem odwykowym, pomocą społeczną, gminną komisją rozwiązywania problemów alkoholowych, przedstawicielami wymiaru sprawiedliwości oraz innymi organizacjami pozarządowymi zaangażowanymi w realizację gminnego programu.**

Warto podkreślić, że kluby i stowarzyszenia abstynenckie realizując szeroko rozumianą pracę profilaktyczno-rehabilitacyjną wśród osób uzależnionych i ich rodzin, przeciwdziałają tym samym ich wykluczeniu społecznemu i zapewniają integrację społeczną. Celowe wydaje się włączenie stowarzyszeń abstynenckich do **prac związanych 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. Warto również wspierać działania podejmowane przez stowarzyszenia na rzecz **promowania abstynencji i trzeźwego stylu życia.**

Zgodnie z ideami funkcjonowania wspólnot AA, Al-Anon i Alateen 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 meetingi grup.

Drugim z niewątpliwie istotnych partnerów dla gminy są **kościóły i związki wyznaniowe.** Mimo, że w Polsce to Kościół katolicki zrzesza największą ilość wyznawców, należy podkreślić, że 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 wspomaganiem 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 nich 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 narad. 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.

Informacje dodatkowe

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

Podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13¹ 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 2005 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. 41 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 żądaniem 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.

WNIOSEK DO POLICJI O WSZCZĘCIE DOCHODZENIA

(wzór pisma)

.....
(miejscowość, data)

.....
(sygnatura – nr sprawy w Urzędzie)

Komisariat Policji

W.....

Działając na podstawie art. 41 ust. 1 pkt 6 Ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473 z późn. zm.) jako oskarżyciel publiczny przesyłam w załączeniu protokół (np. z przeprowadzonej przez straż miejską lub gminną komisję kontroli tablic reklamowych itp.) w celu wszczęcia i przeprowadzenia w tej sprawie dochodzenia z art. 45² w zbiegu z art. 13¹ wspomnianej ustawy. Załączona notatka (protokół) wraz z dokumentacją fotograficzną potwierdzają fakt popełnienia występkę przewidzianego w art. 452. W toku dochodzenia proszę o: ustalenie sprawcy czynu, przesłuchanie świadków, ustalenie danych o karalności podejrzanego(-ych), wykonanie innych czynności niezbędnych w sprawie (np. uzyskanie innych dowodów w sprawie, takich jak zakres obowiązków pozwalających wskazać osoby odpowiedzialne za określone działania itd.), sporządzenie, na podstawie art. 474 par. 1 kpk, projektu aktu oskarżenia, zaś w przeciwnym wypadku o nadesłanie aktu oskarżenia do naszej dyspozycji w nieprzekraczalnym terminie przewidzianym w art. 474 par. 2 kpk.

.....
(podpis wnioskodawcy
– wójta, burmistrza
lub osoby upoważnionej)

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. 4¹ 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. Nr 122, poz. 1143 ze zm.) Centrum Integracji Społecznej (CIS) może być tworzone m.in. przez wójta, burmistrza lub prezydenta miasta. Art. 3 ust 3 w.w. ustawy stanowi, iż Centrum Integracji Społecznej działa w formie gospodarstwa pomocniczego, zgodnie z przepisami o finansach publicznych. Zapis ten wydaje się być niedostosowany do obecnego stanu prawnego. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. (Dz.U. Nr 137 poz. 1240) o finansach publicznych stanowi bowiem, iż wszystkie funkcjonujące gospodarstwa pomocnicze mają ulec likwidacji najpóźniej z dniem 31 grudnia 2011 r.

Zgodnie z art. 10 ust. 1 ww. ustawy działalność CIS finansowana jest m.in. z dotacji pochodzącej z dochodów własnych gminy, przeznaczonych na realizację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Należy jednak zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 1 ust. 2 ww. 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,
- osoby niepełnosprawne w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i 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. 41 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 spójność lub porządek publiczny. Oznacza to, że sam fakt uzależnienia od alkoholu nie może stanowić samostojącej podstawy do zobowiązania danej osoby do podjęcia leczenia odwykowego, lecz towarzyszyć muszą temu także określone negatywne zachowania w sferze społecznej.

O zastosowaniu ww. 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;
- wezwanie 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 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 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 uzależnio-

na od alkoholu, o ile do takiej rozmowy doszło, dokumenty pochodzące z wywiadu środowiskowego, inne informacje w sprawie, takie jak: informacje od policji, pedagoga szkolnego i inne. 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 (ilość 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 zakładzie leczenia odwykowego „w celu poddania się leczeniu”. Oznacza to, że wydanie postanowienia o obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu zastępuje obowiązek uzyskania zgody pacjenta.

- Z punktu widzenia leczenia 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 odwykowego 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. Zakłady leczenia odwykowego 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 pa-

cjenta. Ten cel musi być realizowany w inny sposób, chociaż zobowiązanie do leczenia może być jednym z elementów pomagania ofiarom przemocy.

- Zakłady leczenia odwykowego 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.

Wobec wysokich kosztów i niskiej efektywności instytucji zobowiązania do leczenia odwykowego Międzyresortowy Zespół ds. Poprawy Wykonalności Orzeczeń, powołany przez Ministra Sprawiedliwości w 2008 r., opracował projekt likwidacji procedury. Projekt ten został włączony do nowelizacji ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi i przyjęty przez Komitet Rady Ministrów. W projekcie zaproponowano dodatkowe zmiany prawne:

1. Zmianę treści art. 23 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 111, poz. 535 z późn. zm.) poprzez dodanie nowego ust. 1a, na mocy którego możliwe będzie przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody osoby nie wykazującej zaburzeń psychotycznych, która na skutek uzależnienia od substancji psychoaktywnych znajduje się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia lub życia i zdrowia innych osób. Do tej pory możliwe było przyjęcie w tym trybie jedynie osób chorych psychicznie, a więc zgodnie z ustawą osób, u których występują zaburzenia psychotyczne, które mogą:
 - znacznie upośledzić procesy postrzegania rzeczywistości, emocjonalne, myślenia oraz zdolność do dokonywania racjonalnych wyborów albo
 - rażąco zaburzać zachowanie.
2. Zmianę art. 74 Kodeksu karnego wprowadzającą rezygnację z przyjętego w obecnym stanie prawnym rozwiązania, zgodnie z którym, zawieszając wykonanie kary, sąd może zobowiązać skazanego do poddania się leczeniu, w szczególności odwykowemu lub rehabilitacyjnemu albo oddziaływaniom terapeutycznym lub uczestnictwu w programach korekcyjno-edukacyjnych jedynie w razie uzyskania zgody skazanego.
3. Nadanie nowych zadań gminnym komisjom rozwiązywania problemów alkoholowych.
4. Propozycje zawarte w projekcie ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw:

- wprowadzenie przedstawiciela gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych do zespołu interdyscyplinarnego;
- umieszczenie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych wśród podmiotów realizujących procedurę „Niebieskie Karty”.

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).

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 obowiązkowo 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 4¹ ust. 5 Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi jednoznacznie wymaga, aby osoby wchodzące w skład gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych miały 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. 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 „Niebieskiej Karty”,
- 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 ze względu na to, że komisja 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 IX

Finansowanie zakładów lecznictwa odwykowego przez jednostki samorządu terytorialnego

Zgodnie z art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2007 r. nr 70, poz. 473) **świadczenia z zakresu leczenia odwykowego osób uzależnionych od alkoholu mogą być prowadzone jedynie w zakładach lecznictwa odwykowego lub innych zakładach opieki zdrowotnej.** Oznacza to, iż jednostki samorządu terytorialnego, realizując nałożone w.w. ustawą obowiązki w zakresie zwiększania dostępności pomocy terapeutycznej dla osób uzależnionych od alkoholu, powinny w zakresie realizacji własnych zadań uwzględniać także aspekt przekazywania środków finansowych zakładom opieki zdrowotnej, a w szczególności zakładom lecznictwa odwykowego.

W zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych sytuacja kształtuje się odmiennie dla publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 35 i następną ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 ze zm.) jednostki samorządu terytorialnego mogą udzielać zamówienia na świadczenia zdrowotne niepublicznemu zakładowi opieki zdrowotnej w zakresie zadań określonych w statucie tego zakładu. Wyłonienie realizatora świadczeń odbywa się w drodze otwartego konkursu ofert przeprowadzanego zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia i Polityki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (Dz.U. nr 93, poz. 592). Wyłonienie w toku w.w. konkursu najlepszej oferty skutkuje podpisaniem umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne. Umowa taka powinna zostać zawarta na okres minimum trzech miesięcy, chyba że z rodzaju i ilości świadczeń zdrowotnych wynika czas krótszy. W umowie strony określić powinny między innymi:

1. rodzaj świadczeń zdrowotnych objętych umową,
2. szacunkową liczbę osób ubezpieczonych i innych osób uprawnionych do świadczeń publicznych zakładów opieki zdrowotnej z danego terenu,
3. sposób zgłaszania się i rejestracji pacjentów,
4. organizację udzielania świadczeń zdrowotnych w lokalu i poza nim, dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych i sposobu podania ich do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych,
5. minimalną liczbę osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych lub świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju,
6. przyjęcie przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia,

7. określenie rodzajów i sposobu kalkulacji należności, jaką udzielający zamówienia przekazuje przyjmującemu zamówienie z tytułu realizacji zamówienia, a w przypadku ustalenia stawki ryczałtowej – określenie jej wysokości oraz zasady ustalania trybu przekazywania udzielającemu zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia.

Istotnym wymogiem, jaki musi być spełniony przez zakłady opieki zdrowotnej realizującej zamówienie na świadczenia zdrowotne, jest wymóg podlegania ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej. Zgodnie z § 4 rozporządzenia Ministra Finansów z 23 grudnia 2004 r. w sprawie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne (Dz.U. Nr 283, poz. 2825) dla niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki objęte są umową ubezpieczenia OC, wynosi równowartość w złotych 46 500 euro.

Kwestię finansowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej reguluje art. 54 i 55 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z wyżej wspomnianymi przepisami samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą podpisywać umowy z jednostkami samorządu terytorialnego na udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych, a także umowy na realizację programów zdrowotnych. W odniesieniu do umów na udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych ustawodawca wspomina jedynie, że do przekazywania środków finansowych z tego zakresu nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

Kwestię przekazywania środków finansowych na realizację programów zdrowotnych określa szczegółowo rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lipca 2005 r. w sprawie szczegółowych warunków przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych na realizację programów zdrowotnych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne (Dz.U. Nr 151, poz. 1099). Rozporządzenie to nakłada na zleceniobiorcę (zakład opieki zdrowotnej) obowiązek przedstawienia planu rzeczowo-finansowego oraz informacji o prowadzonej działalności.

Osobną kwestię stanowi finansowanie wydatków inwestycyjnych i remontowych zakładów opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 55 ust. 1 pkt 3 zakład opieki zdrowotnej może otrzymywać dotację budżetową od jednostki samorządu terytorialnego na remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego. Nieco inaczej przedstawia się kwestia finansowania w formie dotacji budżetowej kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne, które zgodnie z ustawą powinien pokrywać organ założycielski zakładu.

Ustawodawca stworzył też jednak możliwość przekazywania środków finansowych na realizację w.w. zadania jednostkom samorządu terytorialnego nie będącym organami założycielskimi zakładu w odniesieniu do dwóch typów zakładów leczenia odwykowego: wojewódzkim ośrodkiem terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia oraz przychodniom terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1999 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów

zakładów leczenia odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu (Dz.U. z 2000 r. Nr 3 poz. 44 ze zm.) nałożyło na oba te typy placówek zadania z zakresu kształcenia i doskonalenia zawodowego pracowników merytorycznych leczenia odwykowego, co stwarza możliwość sfinansowania tego rodzaju wydatków na podstawie art. 54 ust. 1 pkt 5, tj. przepisu umożliwiającego podpisywanie z zakładami opieki zdrowotnej umów na realizację „innych zadań określonych odrębnymi przepisami”. Umowa taka może wymieniać imiennie osoby, które mają być przeszkolone, a będące pracownikami zakładu leczenia odwykowego danej jednostki samorządu terytorialnego. Przepis ten może także stanowić podstawę finansowania wszystkich innych „pozaleczniczych” zadań nałożonych na zakłady leczenia odwykowego w.w. rozporządzeniem.

ROZDZIAŁ X

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 (test jednolity, Dz.U. 2007 r. Nr 70, poz. 473) 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. Nr 96, poz. 873 ze zm.). Należy zauważyć, że zgodnie zaś z art. 4 pkt 7 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. prawo zamówień publicznych (tekst jednolity 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 socjo- i psychoterapii, 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 złagodzonego 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, bowiem w przypadku 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 interpsychicz-

nych 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 współzależnionych 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 w ujęciu brutto za godzinę. 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 **200 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, ilość i liczebność 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, ilość i liczebność 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, ilości i liczebności 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 **70–90 zł**,
 - 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 ro-

dzin alkoholowych oraz specjalistyczna psychoterapia DDA. Wymagane jest, aby osoby realizujące zadania terapeutyczne posiadały doświadczenie merytoryczne w pracy w placówkach profesjonalnych.

Inne zadania

- A. oryginalne teksty zatwierdzone do publikacji i rozprowadzania – należy podać liczbę stron – 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 (kasyety, 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. 18² 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 w.w. środki finansowe nie wykorzystane w danym roku budżetowym powinny zostać uchwałą rady gminy (na podstawie art. 265 ustawy o finansach publicznych) zamieszczone w wykazie wydatków, które nie wygasają z upływem roku budżetowego i są przeznaczone w następnym roku na realizację gminnych programów.

Należy także pamiętać, iż zgodnie z art. 11 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz.U. z 2005 r. Nr 5, poz. 114 ze zm.) dokonanie wydatku ze środków publicznych bez upoważnienia albo z przekroczeniem zakresu upoważnienia stanowi naruszenie dyscypliny finansów publicznych. Oznacza to, iż wydatkowanie środków pochodzących z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych skutkować powinno odpowiedzialnością ponoszoną na podstawie przepisów w.w. ustawy.

Profilaktyka w grupach ryzyka. Diagnoza



Książka adresowana jest do pedagogów szkolnych i nauczycieli oraz osób pracujących z dziećmi i młodzieżą zagrożoną.

W pierwszym tomie pt. „Diagnoza” przedstawiono procedury, techniki i narzędzia wylaniania dzieci i zagrożonej młodzieży. Szczególną uwagę zwrócono na dzieci odrzucane przez rówieśników oraz na kompetencje wychowawcze rodziców.

AUTOR: pod redakcją Marii Deptyły, 232 strony, format: 164 x 236 mm, Warszawa 2009

CENA: 39,- PLN

Profilaktyka w grupach ryzyka. Działania



W drugim tomie prezentowane są koncepcje teoretyczne oraz gotowe rozwiązania dotyczące pomagania dzieciom i młodzieży z grup ryzyka poprzez pracę z rodzicami, zmiany w środowisku szkoły, pracę w grupach terapeutycznych złożonych z dzieci zagrożonych prowadzoną w szkole i świetlicy środowiskowej.

AUTOR: pod redakcją Marii Deptyły, 288 stron, format: 164 x 236 mm, Warszawa 2010

CENA: 39,- PLN

Zagrożona młodzież



Publikacja prezentuje różne kategorie i uwarunkowania zagrożeń, na jakie narażeni są młodzi ludzie oraz sposoby pracy profilaktycznej, terapeutycznej i wychowawczej przeciwdziałającej tym zagrożeniom. W książce zawarto bogaty materiał badawczy.

AUTORZY: J. Jeffries McWhirter, Benedict T. McWhirter, Anna M. McWhirter, Ellen Hawley McWhirter, 320 stron, format: 207 x 234 mm, Warszawa 2008 **CENA:** 44,- PLN

Metoda budowania strategii w pracy z dzieckiem i klasą

Profilaktyka na co dzień



Zaburzenia zachowania uwidaczniają się w relacjach dziecka z otoczeniem – z dorosłymi i rówieśnikami. Nawet jedno dziecko może w istotny sposób zakłócić przebieg nauczania, a także wpłynąć na klimat panujący w klasie. Skuteczna poprawa zachowania dziecka wymaga wspólnego, skoordynowanego działania nauczycieli, wychowawców, a także rodziców.

AUTOR: Aleksandra Karasowska, 24 strony, format: 145 x 205 mm, Warszawa 2009

CENA: 9,- PLN

Jak budować porozumienie i współpracę w szkole?

Profilaktyka na co dzień



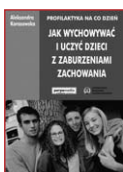
Zaburzenia zachowania ucznia lub kilku uczniów w klasie wymagają tworzenia strategii korygujących, opartych na diagnozie problemów dzieci oraz na dobrej współpracy kierownictwa szkoły, zespołu nauczycieli, szkolnych specjalistów (psychologa, pedagoga) oraz rodziców.

AUTOR: Aleksandra Karasowska, 148 stron, format: 145 x 205 mm, Warszawa 2009

CENA: 19,- PLN

Jak wychowywać i uczyć dzieci z zaburzeniami zachowania

Profilaktyka na co dzień



Praca z dziećmi prezentującymi zaburzenia zachowania będące skutkiem urazów psychicznych, doświadczonych w rodzinie, wymaga od wychowawców, nauczycieli, pedagogów oraz dyrektorów szkół i innych instytucji wychowawczych prowadzenia przemyślanych działań korygujących w ramach zadań realizowanych przez nich w ich codziennej praktyce zawodowej.

AUTOR: Aleksandra Karasowska, 148 stron, format: 145 x 205 mm, Warszawa 2006

CENA: 14,- PLN

Zaradnik rodzica Profilaktyka na co dzień



Dzieci uczą się poprzez obserwację i naśladowanie zachowań dorosłych. Powtarzają ich słowa i gesty. Uczą się wyrażania emocji, rozwiązywania konfliktów i kształtowania więzi z innymi ludźmi. Aby wspierać dziecko w rozwoju, trzeba mieć z nimi dobry kontakt, budowany nie tylko poprzez słowa, ale także gesty, miny, nastrój.

AUTOR: Ina Pohorecka, Magdalena Sofulak-Skibińska, 32 strony, format: 145 x 205 mm, Warszawa 2009 **CENA:** 9,- PLN

Przeciw przemocy w szkole Literatura biblioterapeutyczna



Opracowanie składa się z 4 części (rozważania dotyczące znaczenia biblioterapii w życiu człowieka, cechy książki, która traktuje o przemocy rówieśniczej w szkole i ma walory literatury biblioterapeutycznej, opis wybranej literatury biblioterapeutycznej dotyczącej przemocy rówieśniczej w szkole, podzielonej na grupy wiekowe odbiorców).

W przewodniku zarówno dobór książek, jak i komentarze dotyczące sposobów ich wykorzystania, odnoszą się do głównie biblioterapii behawioralnej.

AUTOR: Elżbieta Szeffler, 104 strony, Warszawa 2010 **CENA:** 14,- PLN

Komunikacja tworząca więzi Scenariusz spotkania dla rodziców



Rodzice niewiele wiedzą o rozwoju dzieci i młodzieży. Czasem pogorszenie kontaktu z dzieckiem może być wynikiem konkretnego etapu jego rozwoju. Umiejętność sprawnego komunikowania się z dziećmi, będąca podstawą silnej więzi, jest czynnikiem chroniącym je przed podejmowaniem ryzykownych zachowań.

AUTOR:

Ina Pohorecka, Magdalena Sofulak-Skibińska, 20 stron, format: 210 x 297 mm, Warszawa 2009 **CENA:** 19,- PLN

Nasze dzieci i alkohol Poradnik dla rodziców



Nowe wydanie poradnika dla rodziców, w którym autorka wyjaśnia, jak rozmawiać z dziećmi o alkoholu, jak wspierać abstynencję dziecka i co robić w sytuacji, gdy nastolatek zaczyna sięgać po alkohol.

AUTOR: Mirosława Wieczorek-Stachowicz, 32 strony, format: 125 x 193 mm, Warszawa 2010 **CENA:** 9,- PLN

Młodzież i substancje psychoaktywne



Po pomoc terapeutyczną zgłaszają się coraz młodsze osoby używające różnych substancji psychoaktywnych. Wypracowany sposób pracy terapeutycznej z dorosłymi nie sprawdza się w pomaganiu młodzieży. Książka przedstawia autorskie programy pracy z młodymi ludźmi używającymi substancji psychoaktywnych oraz podpowiada, gdzie szukać dla nich pomocy.

128 stron, format: 145 x 205 mm, Warszawa 2009 **CENA:** 29,- PLN


Książki Wydawnictwa można zamawiać listownie lub faksem:

Dział Dystrybucji Wydawnictwa Edukacyjnego P ARPAMEDIA

ul. Szczotkarska 48a, 01-382 Warszawa, tel./fax: (22) 666 09 79

lub mailem: wydawnictwo@parpa.pl

www.parpamedia.pl



Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych prowadzi między innymi działalność informacyjno-edukacyjną z zakresu rozwiązywania problemów alkoholowych oraz zadań wynikających z założeń Narodowego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Narzędziami tej działalności są również publikacje przygotowywane i wydawane przez Wydawnictwo Edukacyjne PAMPAMEDIA. Są to książki, broszury, ulotki, plakaty z zakresu ogólnej edukacji oraz dotyczące innych obszarów tematycznych: profilaktyka dzieci i młodzieży wraz ze scenariuszami programów profilaktycznych, psychoterapia uzależnienia i współuzależnienia, terapia DDA, przemoc w rodzinie, psychologiczne i medyczne aspekty uzależnienia i nadużywania alkoholu, regulacje prawne i organizacyjne w dziedzinie rozwiązywania problemów alkoholowych, polityka społeczna wobec alkoholu.

Publikacje Wydawnictwa Edukacyjnego PAMPAMEDIA można zakupić w Dziale Dystrybucji Wydawnictwa.

Państwowa Agencja
Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Wydawnictwo Edukacyjne PAMPAMEDIA
ul. Szczętkarska 48a
01-382 Warszawa
tel./fax: (0-22) 666 09 79

Publikacje Wydawnictwa można zamawiać również mailem:
wydawnictwo@parpa.pl

www.pampamedia.pl

ISBN 978-83-61849-89-6



9 788361 849896