

Rekomendacje

**do realizowania i finansowania
gminnych programów
profilaktyki i rozwiązywania problemów
alkoholowych w 2014 roku**



Zespół redaktorów i recenzentów:
Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Projekt graficzny, skład i łamanie:
Piotr Szymanik

Korekta:
Katarzyna Kulesza

Copyright © Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

ISBN 978-83-88075-07-0

Wydanie I
Warszawa 2013

Druk i oprawa:
Zakłady Graficzne MOMAG S.A.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
02-326 Warszawa
Al. Jerozolimskie 155
faks: (48 22) 250 63 60
tel.: (48 22) 250 63 25, 250 63 26
e-mail: parpa@parpa.pl;
<http://www.parpa.pl>

Spis treści

ROZDZIAŁ I

Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu5

ROZDZIAŁ II

Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie22

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..... 38

Rozdział IV

Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych..... 58

Rozdział V

Podjęcie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13¹ i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego67

ROZDZIAŁ VI

Wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej 69

Rozdział VII

Instytucja zobowiązania do leczenia odwykowego..... 71

Rozdział VIII

Kompetencje członków gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych76

Rozdział IX

Dotatkowe informacje prawno-finansowe 78



ROZDZIAŁ I

Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu

Wprowadzenie

Zrealizowane w Polsce badania epidemiologiczne pozwalają szacować liczbę osób uzależnionych od alkoholu na ok. 600 tys., zaś osób pijących alkohol szkodliwie – na ok. 2,5 mln.¹

Na mocy art. 21 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2012 r. poz. 1356) bezpłatne leczenie osób uzależnionych od alkoholu odbywa się w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2013.217 j.t.).

Uzależnienie od alkoholu jest zaburzeniem psychicznym i zaburzeniem zachowania, które w Polsce diagnozuje się na podstawie Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja X (ICD X). W procesie diagnozowania uczestniczą lekarze psychiatry, specjaliści psychoterapii uzależnień i psychologowie z doświadczeniem klinicznym. Do ostatecznego postawienia rozpoznania uzależnienia od alkoholu uprawniony jest lekarz.

Podstawową metodą leczenia osoby uzależnionej od alkoholu jest psychoterapia indywidualna i grupowa. Leczenie medyczne ma wymiar wspomagający psychoterapię i nakierowane jest na usuwanie powikłań spowodowanych szkodliwym używaniem alkoholu (w tym leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych), farmakologiczne wsparcie oddziaływań psychoterapeutycznych oraz leczenie współwystępujących zaburzeń. W Polsce na liście leków zarejestrowanych w leczeniu uzależnienia od alkoholu znajdują się cztery substancje: disulfiram, akamprozat,

¹ Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B. (red.): „Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2012.

naltrekson i nalmefen. Zważywszy na niepożądane działanie uboczne disulfiramu (Anticol, Esperal), nie powinien on być stosowany w dłuższych okresach. Anticol (tabletki) może być zalecany czasowo i tylko pod kontrolą lekarza, jako wsparcie oddziaływań psychologicznych czy psychoterapeutycznych u osób mających trudność z utrzymaniem abstynencji. Esperal (implant) w ogóle nie powinien być stosowany z powodu dowiedzionej nieskuteczności. Pozostałe leki zarejestrowane w leczeniu uzależnienia od alkoholu – naltrekson, akamprozat i nalmefen, wzmacniają skuteczność oddziaływań psychologicznych, jednak stosowane jako jedyna metoda leczenia osób uzależnionych, nie wykazują satysfakcjonującego efektu terapeutycznego.

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

Wspieranie placówek leczenia uzależnienia od alkoholu

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

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

Wysokość środków przekazywanych przez NFZ na leczenie osób uzależnionych nie jest adekwatna do wciąż rosnącej liczby osób zgłaszających się na leczenie, zatem jeśli na terenie gminy działa placówka leczenia uzależnienia od alkoholu, zadaniem samorządu terytorialnego jest udzielenie jej takiego wsparcia, jakie pozwalałoby na realizację efektywnych programów psychoterapii uzależnienia i współuzależnienia. Jeżeli zaś na terenie gminy nie ma tego typu placówki, samorząd terytorialny powinien zapewnić dostęp swoim mieszkańcom do usług najbliższej placówki odwykowej i sprawdzić, jakiego typu działania wspierające mogłyby podnieść efektywność

świadczonych przez nią usług. Gdy odległość do najbliższej placówki uniemożliwia mieszkańcom gminy podejmowanie regularnej terapii, należy rozważyć możliwość utworzenia takiej placówki samodzielnie (gminy powyżej 25 tys. mieszkańców) lub w porozumieniu z innymi gminami.

Nie rekomenduje się finansowania ze środków gminnego programu przejazdu osób uzależnionych do placówek leczenia uzależnienia. O środki na ten cel osoby uzależnione mogą się starać w ośrodku pomocy społecznej, na podstawie art. 36 pkt 2. lit b w związku z art. 17 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2013, poz. 182 ze zm.), zgodnie z którym do obowiązkowych zadań własnych gminy z zakresu pomocy społecznej należy przyznawanie zasiłków celowych w formie biletu kredytowanego.

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

Przekazywanie środków publicznych podmiotom prowadzącym działalność leczniczą przez jednostki samorządu terytorialnego na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013 r., poz. 217).

1 lipca 2011 r. weszła w życie ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013, poz. 182). **Ustawa ta wprowadziła bardzo istotne zmiany dotyczące przekazywania środków publicznych podmiotom prowadzącym działalność leczniczą.**

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

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

- przedsiębiorcom w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447 ze zm.) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej,
- samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej,
- jednostkom budżetowym, w tym państwowym jednostkom budżetowym, tworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra

Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadającym w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,

- instytutom badawczym,
- fundacjom i stowarzyszeniom, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej, oraz posiadającym osobowość prawną jednostkom organizacyjnym tych stowarzyszeń,
- osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku państwa do Kościoła katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania.

Kryterium przekazywania środków nie jest zatem forma organizacyjno-prawna podmiotu czy tworzący go podmiot, a jedynie fakt, iż realizuje on świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych. Decydując zatem o przekazaniu środków publicznych danemu podmiotowi, gmina nie musi kierować się tym, czy jest ona podmiotem tworzącym dla danego podmiotu, a jedynie tym, czy dany podmiot wykonuje świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych dla jej mieszkańców.

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

- realizację zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań,
- remonty,
- inne niż określone w pkt 1 inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego,
- realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), lub innych niż wymienione środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach,
- cele określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych,
- realizację programów wieloletnich,
- pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne.

Z powyższego zapisu wynika, że **wśród katalogu zadań, na realizację których podmioty lecznicze mogą otrzymywać środki publiczne, ustawa nie wymienia wprost zakupu świadczeń zdrowotnych.**



Wobec istotnej dla wspierania placówek leczenia uzależnienia od alkoholu roli zakupu usług zdrowotnych przez jednostki samorządu terytorialnego, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) zwróciła się do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o zajęcie stanowiska w sprawie uznania dopuszczalności dokonywania zakupu świadczeń zdrowotnych od podmiotów leczniczych na podstawie zawartej w ustawie o działalności leczniczej przesłanki realizacji celów określonych w odrębnych przepisach – w kontekście wspomnianego powyżej, nałożonego na samorząd gminny ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, zadania zwiększania dostępności pomocy terapeutycznej dla osób uzależnionych od alkoholu.

Ministerstwo Zdrowia sformułowało w tej kwestii następującą opinię:

„na podstawie art. 114 ust. 1 pkt 5 ustawy o działalności leczniczej, podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne z przeznaczeniem na cele określone w odrębnych przepisach. Celem takim w omawianym przypadku jest zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu, a podstawę uzyskania środków publicznych stanowi ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2012 r. poz. 1356)”.

Ponadto, w swoim stanowisku z dnia 18 maja 2012 r. Departament Prawny Ministerstwa Zdrowia uznał, iż „istnienie szczególnych podstaw wydatkowania środków wyklucza stosowanie art. 48 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych”

Zdaniem Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oznacza to, iż **nałożone na gminę zadanie zwiększania dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu może przybrać inne formy niż wynikające z art. 114 ust. 1 pkt 1–4, 6–7 ustawy o działalności leczniczej, zaś gmina w zakresie realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych posiada pewną swobodę w obszarze określania form wspierania podmiotów wykonujących działalność leczniczą.** W konsekwencji należy także uznać, iż dofinansowywanie realizacji świadczeń zdrowotnych nie musi przybierać formy zakupu programów zdrowotnych. Jeżeli podstawą wydatkowania środków jest art. 115 ust. 1 pkt 5 ustawy o działalności leczniczej, to zastosowania nie znajduje również zapis art. 115 ust. 2 i 4 ww. ustawy, wprowadzający ograniczenia w maksymalnej wysokości przekazywanych środków jedynie do kwoty odpowiadającej procentowemu udziałowi przychodów danego podmiotu z tytułu realizacji przez niego świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

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

Rekomendowane do zakupu przez samorządy oddziaływania zdrowotne, realizowane w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu na rzecz osób uzależnionych od alkoholu

Programy psychoterapii uzależnienia od alkoholu

Badania dowodzą², że skuteczność leczenia uzależnienia od alkoholu zależy w dużym stopniu od nieprzerwanego zaangażowania pacjentów w trwające do 24 miesięcy programy terapeutyczne. Nie tylko czas trwania, ale przede wszystkim obszary pracy terapeutycznej decydują o kompleksowości i ciągłości opieki. Najczęściej na całość leczenia składa się:

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

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

Kierownicy placówek leczenia uzależnienia i przedstawiciele samorządu terytorialnego powinni dążyć do sytuacji, w której placówki leczenia uzależnienia od alkoholu będą realizowały kompleksowy, spójny program terapeutyczny. Program ten, wraz z wyodrębnionymi celami dla każdego etapu terapii, określonymi typami zajęć i wskazanymi metodami osiągnięcia 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 w zakresie leczenia uzależnień przez NFZ zabezpiecza najczęściej realizację tylko podstawowego programu psychoterapii uzależnienia lub tylko części świadczeń w ramach programu podstawowego. Rekomenduje się zakup ponadpodstawowego programu terapii uzależnienia lub elementów brakujących programu podstawowego, ponadpodstawowego i pogłębionego, tak aby pacjenci otrzymali pełną, kompleksową, a nie tylko podstawową ofertę leczenia.

Indywidualna psychoterapia osób uzależnionych

Badania potwierdzają, że skuteczność psychoterapii zależy nie tylko od realizowanych programów, stosowanych metod, technik i strategii, ale także od stopnia indywidualizacji oferty te-

² IX Raport Specjalny dla Kongresu USA, Wydawnictwo PARPA, 2002.

rapeutycznej³. Bardzo ważne jest, aby w leczeniu, poza terapią grupową, zagwarantować pacjentom systematyczne sesje psychoterapii indywidualnej. Rekomendowanym standardem są cotygodniowe spotkania pacjentów z terapeutami prowadzącymi ich leczenie. Realizacja tego standardu wymaga jednak zatrudnienia odpowiedniej liczby specjalistów psychoterapii uzależnień, co często uniemożliwia zbyt niska wysokość środków w ramach kontraktów z NFZ. Zakup indywidualnych sesji psychoterapeutycznych, celem zwiększenia ich ilości w programie, może w istotny sposób poprawić efekty leczenia osób uzależnionych.

Programy redukcji szkód

Celem zdecydowanej większości programów terapeutycznych dla osób uzależnionych jest nauczenie pacjenta życia w abstynencji. Biorąc pod uwagę fakt, że uzależnienie jest chorobą chroniczną, to trwałą abstynencję należy uznać za cel optymalny (najlepszy dla klienta) w leczeniu osób uzależnionych. Problemem jest to, że znaczna część osób uzależnionych w chwili rozpoczynania leczenia nie akceptuje tego celu. Jest on trudny do osiągnięcia. Dlatego innym celem leczenia może być ograniczanie spożywania alkoholu i redukcja szkód wynikających z picia. Doświadczenia specjalistów pracujących nad ograniczaniem picia osób uzależnionych dowodzą, że część pacjentów sama wybiera po pewnym czasie abstynencję. Ich leczenie jest wówczas znacznie bardziej efektywne niż w sytuacji, gdy uczestniczą w terapii, której cel został im narzucony.

Programy nakierowane na redukcję szkód mogą być bardzo pomocne w przypadku osób wielokrotnie nieskutecznie leczonych w programach nastawionych na abstynencję, osób niekwalifikujących się do dominujących w leczeniu uzależnień programów behawioralno-poznawczych (np. mających uszkodzenia organiczne mózgu, upośledzonych umysłowo), osób mających zbyt małe zasoby osobiste i społeczne, aby utrzymać abstynencję.

Rekomenduje się poszerzanie ofert placówek leczenia uzależnienia od alkoholu o programy nakierowane na redukcję szkód i zakup takich programów.

Programy terapii dla młodzieży uzależnionej i zagrożonej uzależnieniem

Obserwacja praktyki terapeutycznej wskazuje na rosnące zapotrzebowanie na ofertę terapii dla młodzieży używającej alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Programy terapii dla młodzieży nie mogą opierać się na tych samych założeniach co programy terapii dla osób dorosłych, tym bardziej że większość pijących alkohol czy biorących narkotyki młodych ludzi, nie jest uzależniona. Młodzież wymaga innego podejścia, uwzględnienia w programie faktu używania różnych substancji psychoaktywnych, specyfiki wieku rozwojowego, konstruktywnego zagospodarowania wolnego czasu, poczucia przynależności i uczestniczenia w grupach rówieśniczych. W pracy z młodymi ludźmi ważne z terapeutycznego punktu widzenia są wyjazdy terapeutyczne, turnusy rehabilitacyjne, zajęcia treningowe. Integralną część programu powinny stanowić również zajęcia edukacyjno-terapeutyczne dla rodziców/opiekunów oraz praca z całą rodziną.

³ Miller W.: „Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji”, PARPAMEDIA, Warszawa, 2009.

Programy zdrowotne dla dzieci i młodzieży są dłuższe i droższe, a ponieważ NFZ nie różnicuje kosztów leczenia osób dorosłych i niepełnoletnich, warto zakupić takie programy lub przynajmniej specyficzne dla nich elementy, np. pracę z rodzicami lub z całymi rodzinami.

Programy pomocy psychologicznej i psychoterapii dla osób doświadczających przemoc i osób stosujących przemoc domową

W rodzinach z problemem alkoholowym nierzadko dochodzi do przemocy. Dlatego niezwykle istotne jest, aby w placówkach leczenia uzależnień prowadzono wstępną diagnozę zjawiska przemocy domowej u każdego nowego pacjenta. W niektórych placówkach prowadzone są programy terapii dla osób doświadczających przemocy domowej oraz programy terapii dla osób stosujących przemoc. Gmina powinna wspierać finansowo zakup tych programów, a także wyposażać biblioteczki placówek w publikacje o tematyce przemocy oraz zadbać o przeszkolenie w tym kierunku wybranych pracowników leczących osoby uzależnione.

Inne rekomendowane przez PARPA formy dofinansowania placówek leczenia uzależnienia od alkoholu

Dofinansowywanie kształcenia pracowników placówek

Gmina powinna dofinansowywać szkolenia terapeutów, odbywające się w ramach zdobywania i podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników placówek leczenia uzależnienia od alkoholu. Szczególnie istotne jest uczestnictwo w programie szkolenia specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień. Stosowaną w tym przypadku podstawą prawną dofinansowania 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. Liczba pracowników posiadających certyfikaty oraz stopień zaawansowania terapeutów w procesie kształcenia umożliwia realizowanie poszczególnych świadczeń i ich zakup przez NFZ.

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 całodobowych oddziałach terapeutycznych lub w oddziale leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych w skład zespołu terapeutycznego wchodzi także pielęgniarki, a niekiedy również pracownicy socjalni. 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, Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego lub mających zaświadczenia o ukończeniu innych szkół w zakresie psychoterapii) jest przede wszystkim praca z rodziną osób uzależnionych, dorosłymi dziećmi alko-

holików (DDA) oraz praca z osobami uzależnionymi i współuzależnionymi w pogłębionych programach psychoterapii.

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. Nie może on pracować samodzielnie, tylko w zespole pod merytorycznym nadzorem specjalisty psychoterapii uzależnień.

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

- Specjalista psychoterapii uzależnień posiada:
 - tytuł zawodowy lekarza, tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub tytuł magistra uzyskany po kierunkach: psychologia, pedagogika, pedagogika specjalna, socjologia, resocjalizacja, nauki o rodzinie, teologia lub filozofia albo inny tytuł niż wyżej wymienione, dopuszczony na podstawie obowiązujących wcześniej przepisów,
 - certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień nadany przez dyrektora PARPA.
- 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.
- Osoba w trakcie zdobywania kwalifikacji specjalisty psychoterapii uzależnień posiada:
 - tytuł zawodowy lekarza, tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub tytuł magistra uzyskany po kierunkach: psychologia, pedagogika, pedagogika specjalna, socjologia, resocjalizacja, nauki o rodzinie, teologia lub filozofia albo inny tytuł niż wyżej wymienione, dopuszczony na podstawie obowiązujących wcześniej przepisów,
 - co najmniej rozpoczęte szkolenie pierwszego etapu procesu certyfikowania, mające akredytację dyrektora PARPA,
 - zaświadczenie wydane przez dyrektora PARPA potwierdzające status osoby uczestniczącej w programie szkolenia prowadzącym do uzyskania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień.

-
- Osoba w trakcie zdobywania certyfikatu instruktora terapii uzależnień posiada:
 - wykształcenie średnie, wyższe – licencjat bądź wyższe magisterskie o kierunkach innych niż wymienione wyżej,
 - co najmniej rozpoczęte szkolenie pierwszego etapu procesu certyfikowania, mające akredytację dyrektora PARPA,
 - zaświadczenie wydane przez dyrektora PARPA potwierdzające status osoby uczestniczącej w programie szkolenia prowadzącym do uzyskania certyfikatu instruktora terapii uzależnień.

Osoby pozostające w trakcie programu szkolenia powinny wystąpić do dyrektora PARPA o wydanie im zaświadczenia potwierdzającego ich status osoby uczestniczącej w programie szkolenia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień. Jeżeli takie osoby są zatrudnione w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu, muszą mieć takie zaświadczenie, aby móc wykonywać świadczenia zdrowotne.

Od 2010 r. program szkolenia składa się z następujących etapów:

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

Etap drugi: staż kliniczny w akredytowanych placówkach terapii uzależnień, w wymiarze nie mniejszym niż 80 godzin roboczych. Staż jest sprawdzianem praktycznych umiejętności i możliwości prowadzenia psychoterapii uzależnienia i zaburzeń rodzinnych wynikających z picia osoby bliskiej, zwłaszcza umiejętności prowadzenia sesji psychoterapii grupowej.

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

Zakończeniem programu szkolenia jest egzamin certyfikacyjny. W połowie 2013 r. certyfikaty specjalistów psychoterapii uzależnień posiadało już 1352 osoby, zaś instruktorów terapii uzależnień – 381 osób.

Tryb zdobywania tytułów specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (Dz.U. z 2012 r. poz. 734) oraz zarządzenie nr 13 dyrektora PARPA z dnia 1 lipca 2012 r., publikowane na stronie PARPA: www.parpa.pl. Zatem przy podejmowaniu decyzji o ewentual-

nym dofinansowaniu kształcenia przyszłych specjalistów i instruktorów warto dopilnować, by finansowane szkolenie odbywało się zgodnie z wymogami określonymi w wyżej wymienionym rozporządzeniu i zarządzeniu, a w szczególności, by osoby których szkolenie ma być dofinansowane, spełniały wymogi dotyczące wykształcenia, określone w § 13 ust. 2 i 3 rozporządzenia.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych nadzoruje przebieg procesu certyfikacji specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień. Poszczególne etapy 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 www.parpa.pl w zakładce „Certyfikacja terapeutów”. Przy podejmowaniu decyzji o refundacji szkoleń należy kierować się informacją, czy zostało ono akredytowane przez dyrektora PARPA, jako szkolenie spełniające standardy programu szkolenia.

Dofinansowanie doskonalenia zawodowego pracowników lecznictwa odwykowego

Poza udziałem w obowiązkowych szkoleniach prowadzących do uzyskania certyfikatów, terapeuti uzależnień, psycholodzy oraz lekarze powinni uczestniczyć w konferencjach, szkoleniach, treningach, warsztatach doskonalących ich umiejętności zawodowe. Jest to szczególnie ważne wobec dynamicznie rozwijającej się wiedzy w obszarze leczenia uzależnień oraz rosnących wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia. Agencja rekomenduje dofinansowanie przez samorząd terytorialny doskonalenia zawodowego pracowników placówek leczenia uzależnienia.

Finansowanie superwizji klinicznej pracowników placówek leczenia uzależnienia od alkoholu

Ważne jest także zapewnienie zespołowi terapeutycznemu dostępu do systematycznej superwizji. Superwizję mogą prowadzić osoby wpisane na prowadzoną przez PARPA listę osób uprawnionych do prowadzenia superwizji klinicznej do celów szkoleniowych, jak również superwizorzy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Superwizowanie pracy terapeutów w placówce jest najlepszą formą doskonalenia zawodowego i przeciwdziałania niewłaściwym praktykom klinicznym. Rekomenduje się finansowanie superwizji pracy specjalistów i instruktorów terapii uzależnień oraz osób pozostających w programie szkolenia.

Dofinansowanie pracy konsultanta programu terapeutycznego

W przypadku zespołu, który składa się z osób rozpoczynających dopiero zdobywanie 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 leczenia uzależnień

i wdrażaniu programów terapeutycznych. Konsultant pomoże stworzyć program terapeutyczny i przygotuje zespół placówki do jego realizacji. Aby uzyskać pomoc w znalezieniu konsultanta, należy skontaktować się z Wojewódzkim Ośrodkiem Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia w swoim województwie bądź z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Konsultant powinien posiadać następujące kwalifikacje:

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

Dofinansowanie remontu i adaptacji placówek

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

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

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

Doposażenie placówek lecznictwa odwykowego

Do realizacji zadań statutowych placówki leczenia uzależnienia potrzebne jest wyposażenie placówki w podstawowe meble oraz sprzęt, jak np.: alkomat, kserokopiarka, telewizor, odtwarzacz DVD, dyktafon, materace, tablice, kamera do nagrywania sesji i inne. Ze względu zarówno na konieczność monitorowania efektów terapii, jak również na prawidłowe prowadzenie rozliczeń z NFZ oraz z innymi świadczeniodawcami niezbędne jest posiadanie przez placówkę komputera

i dostępu do Internetu. Właściwa jednostka samorządu terytorialnego może pomóc w uzupełnieniu wyposażenia placówki, ułatwiając jej realizację programów leczenia.

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 uzależnienia od alkoholu 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”, prezentujący nowoczesne metody leczenia osób uzależnionych i członków ich rodzin oraz aktualności dotyczące sytuacji leczenia uzależnień. Prenumerata tego czasopisma przez samorząd na rzecz placówek leczenia uzależnienia ułatwi dostęp terapeutów i lekarzy do współczesnej wiedzy i praktyki klinicznej w leczeniu uzależnień.

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

W miastach liczących powyżej 25 tys. mieszkańców oraz tam, gdzie czas dojazdu mieszkańców do poradni publicznym środkiem transportu przekracza 1 godzinę, warto rozważyć pomysł utworzenia placówki ambulatoryjnej terapii uzależnienia. Podjęcie takiej decyzji przez radę gminy (związek gmin) i wpisanie jej jako jednego z zadań realizowanych w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych może oznaczać dofinansowanie remontu lub adaptacji budynku, przystosowanie i wyposażenie pomieszczeń do grupowych i indywidualnych zajęć terapeutycznych, dofinansowanie szkoleń pracowników oraz sfinansowanie usług konsultanta, który będzie nadzorował tworzenie programu terapeutycznego i jego realizację.

Należy zaznaczyć, że zapisy ustawy o działalności leczniczej dopuszczają pełnienie przez jednostkę samorządu terytorialnego funkcji organu tworzącego placówkę. Zgodnie z art. 6 ww. ustawy może być ona utworzona jedynie w formie jednostki budżetowej bądź spółki kapitałowej. Jej funkcjonowanie nie powinno stanowić stałego obciążenia finansowego dla samorządu terytorialnego, gdyż główne koszty bieżącego działania placówki powinny być pokrywane przez NFZ.

Inne działania na rzecz osób uzależnionych

Tworzenie lub wspieranie oferty pomocy dla osób niestyszących, mających problemy alkoholowe

Osoby niestyszące uzależnione od alkoholu lub pijące szkodliwie nie mają w Polsce możliwości skorzystania z oferty pomocy terapeutycznej. Głównym powodem jest bariera komunikacyj-

na. Specjaliści psychoterapii uzależnień nie mogą postawić diagnozy uzależnienia ani prowadzić terapii, ponieważ nie znają języka migowego. Obecnie w Warszawie z inicjatywy PARPA, przy zaangażowaniu Urzędu Miasta i przedstawicieli środowiska osób głuchych, trwa pilotażowy projekt, którego celem jest nauczenie osób głuchych podstawowych umiejętności udzielania pomocy psychologicznej i umiejętności w zakresie psychoterapii uzależnień. Dzięki temu osoby te będą mogły pomagać innym, mającym problemy alkoholowe w swoim środowisku. Jeżeli projekt się powiedzie, będzie go można wdrażać w innych częściach Polski. Obecnie osoby głuche mogą korzystać w bardzo ograniczonym zakresie z indywidualnych świadczeń psychoterapeutycznych, o ile zdecydują się (lub będą miały szansę) pracować z tłumaczem lub jeśli znają język polski i porozumiewają się z terapeutą pisemnie.

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

Wspieranie działań na rzecz rozwiązywania problemów alkoholowych w domach pomocy społecznej

Część mieszkańców domów pomocy społecznej spożywa alkohol szkodliwie lub jest od niego uzależniona. Stwarza to poważne problemy dla współmieszkańców oraz dla personelu tych placówek. Osoby zatrudnione w DPS-ach zwykle nie mają ani wystarczającej wiedzy, ani umiejętności w zakresie rozpoznawania problemów alkoholowych swoich podopiecznych i prowadzenia interwencji motywujących do zmiany zachowań związanych ze spożywaniem alkoholu. Z tego powodu rekomenduje się gminom finansowanie szkoleń dla pracowników DPS-ów z zakresu rozpoznawania problemów alkoholowych, motywowania osób spożywających alkohol szkodliwie do ograniczenia picia, zaś osób uzależnionych do podjęcia 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 w DPS-ach konsultować osoby pijące problemowo, prowadzić grupy wsparcia dla osób uzależnionych, które ukończyły leczenie w całodobowych oddziałach terapii oraz realizować zajęcia dla tych pensjonariuszy, którzy z racji niepełnosprawności nie mogą skorzystać z pomocy placówek leczenia uzależnień.

Warto także zauważyć, że ustawa z dnia 22 lutego 2013 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2013 r. poz. 509) rozszerzyła katalog typów domów pomocy społecznej o domy dla osób uzależnionych od alkoholu.

Aktualnie działają już w polskich domach pomocy społecznej dwa oddziały dla osób uzależnionych od alkoholu: w Pleszewie i w Krakowie. Pobyt mieszkańców na tych oddziałach jest czasowy, tzn. po zakończeniu programu mieszkańcy będą wracali do swoich macierzystych domów. Na oddziałach dla osób uzależnionych od alkoholu, poza „standardową” ofertą domu pomocy społecznej, są realizowane zajęcia rehabilitacyjno-terapeutyczne. Celem programu jest pod-

niesienie poziomu satysfakcji z życia osobistego mieszkańców DPS-u, a jednym z etapów jego realizacji jest praca nad zmianą wzoru spożywania alkoholu.

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

Prowadzenie punktów konsultacyjnych dla osób uzależnionych i ich rodzin

W Polsce działa ponad 2 tys. punktów konsultacyjnych, które udzielają pomocy osobom uzależnionym i członkom rodzin z problemem alkoholowym. Powinny być one tworzone w tych gminach, w których nie ma placówek leczenia uzależnienia od alkoholu lub dostęp do nich jest w utrudniony, np. ze względu na dużą odległość lub utrudniony dojazd. Warto podkreślić, że priorytetem gminnego programu jest wspieranie w pierwszej kolejności rozwoju profesjonalnych programów terapii uzależnienia w placówkach leczniczych, a dopiero później tworzenie punktów konsultacyjnych. Punkty te 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 przez podmioty prowadzące działalność leczniczą. Zatem punkty konsultacyjne nie są (i nie mogą być!) alternatywą czy konkurencją dla placówek leczenia uzależnień.

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

Jeśli do punktu zgłasza się żona w sprawie pijącego męża, to konsultant powinien podjąć próbę zdiagnozowania innych problemów, które mogą występować w tej rodzinie, np. przemoc, zaniedbywanie dzieci, problem pijących nastolatków, ubóstwo. W związku z tym osoby dyżurujące w punkcie muszą być interdyscyplinarnie przeszkolone w zakresie różnych zjawisk, które występują w rodzinie z problemem alkoholowym, oraz możliwych do zaproponowania rozwiązań. Powinny posiadać umiejętności w zakresie udzielania pomocy psychologicznej (nawiązanie kontaktu, przeprowadzenie interwencji kryzysowej, udzielenie wsparcia, motywowanie, poradnictwo) i mieć wiedzę na temat:

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

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

Podstawowe zadania punktu konsultacyjnego:

- motywowanie zarówno osób uzależnionych, jak i członków ich rodzin do podjęcia psychoterapii w placówkach leczenia uzależnienia, kierowanie do leczenia specjalistycznego,
- motywowanie osób pijących ryzykownie i szkodliwie, ale nieuzależnionych, do zmiany szkodliwego wzoru picia,
- udzielanie wsparcia osobom po zakończonym leczeniu odwykowym (np. przez 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 abstenenckie i inne podmioty pozarządowe. Powinny być dostępne dla klientów w godzinach popołudniowych i wieczornych, a warunki lokalowe powinny gwarantować osobom zgłaszającym się do

punktu dyskrecją i komfort psychiczny. Jeśli punkt znajduje się w urzędzie gminy czy w ośrodku pomocy społecznej, należy zadbać o oddzielne pokoje, do których nikt nie będzie wchodził i przeszkadzał w czasie rozmowy i gdzie nie będą dzwoniły służbowe telefony.

Dofinansowanie zajęć rehabilitacyjnych w trakcie obozów terapeutycznych

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

Organizowanie dyżurów telefonu zaufania

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

ROZDZIAŁ II

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

Programy psychoterapii dla osób współuzależnionych

Wprowadzenie

Nadużywanie alkoholu przez jednego z członków rodziny destabilizuje funkcjonowanie całego systemu rodzinnego, rodzi poważne problemy, jest przyczyną cierpienia dorosłych i dzieci. Rodziny osób pijących szkodliwie i uzależnionych zgłaszają się najczęściej do różnych instytucji udzielających pomocy z oczekiwaniem skłonienia ich pijących bliskich do podjęcia leczenia uzależnienia. Ważnym zadaniem osób pomagających jest kompleksowa diagnoza sytuacji rodzinnej i zaoferowanie pomocy zarówno rodzinie jako całości, jak i poszczególnym jej członkom.

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

Dofinansowanie pracy terapeutycznej z rodziną

Istotne z punktu widzenia trwałości i jakości życia rodziny z problemem alkoholowym jest objęcie pomocą terapeutyczną całej rodziny. Wskazane jest, aby placówki leczenia uzależnienia w podstawowym programie terapii osób uzależnionych organizowały sesje rodzinne i spotkania konsultacyjne dla rodzin, a w programie ponadpodstawowym i 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. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych podjęła działania mające na celu opracowanie projektu programu pracy terapeutycznej z parą, w której jedna z osób jest uzależniona, możliwego do wdrożenia w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu oraz programu szkolenia specjalistów psychoterapii uzależnień do pracy z pacjentami i ich bliskimi. Od 2013 r. trwają ogólnopolskie i wojewódzkie szkolenia terapeutów uzależnień w zakresie pracy z parą w tym programie.

Dla gminy może to oznaczać konieczność zakupu programów zdrowotnych lub świadczeń z tego zakresu albo też pokrycie kosztów dodatkowych szkoleń dla pracowników placówek leczenia uzależnienia od alkoholu.

Programy psychoterapii współuzależnienia

Konsekwencją życia z partnerem nadużywającym alkoholu może być tzw. współuzależnienie. Współuzależnienie nie jest chorobą. Jest to efekt przystosowania się do sytuacji problemowej. Koncentrując się na szukaniu sposobu ograniczenia picia partnera, osoba bliska nieświadomie przejmuje odpowiedzialność i kontrolę za jego funkcjonowanie, co w efekcie utrudnia jej konstruktywne rozwiązanie problemu. W konsekwencji zaistniałej sytuacji rodzinnej u osób współuzależnionych mogą wystąpić nasilone problemy zdrowotne: zaburzenia psychosomatyczne, emocjonalne, stresowe lub zaburzenia adaptacyjne. Współuzależnienie rozpoznaje się wyłącznie u osób dorosłych. Osoby współuzależnione traktowane są jako druga, równie ważna jak osoby uzależnione, grupa pacjentów placówek leczenia uzależnienia. Programy pomocy dla osób współuzależnionych realizowane są najczęściej w poradniach. Wszędzie tam, gdzie wysokość kontraktu z NFZ ogranicza możliwość efektywnego pomagania osobom cierpiącym z powodu rodzinnych obciążeń spowodowanych nadużywaniem alkoholu, warto rozważyć zakup świadczeń lub programów psychoterapii dla osób współuzależnionych.

Programy pomocy psychologicznej i psychoterapii dla osób z syndromem dorosłych dzieci alkoholików

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

Nie wszystkie osoby wychowujące się w rodzinie alkoholowej doświadczają nasilonych objawów zespołu DDA. Większość radzi sobie dobrze ze sobą i swoimi problemami, a jeśli przeżywa trudności – skutecznie je pokonuje bez pomocy specjalistów. DDA mogą osiągać wiele sukcesów w życiu, zwłaszcza zawodowym. Nasilenie cech charakterystycznych dla syndromu DDA może jednak przeszkadzać w codziennym funkcjonowaniu. Wówczas osoby takie wymagają 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 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 szkolenia w pomaganiu DDA.

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

Pomoc dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym

Wprowadzenie

Dzieci wychowujące się w rodzinach dotkniętych problemem alkoholowym (uzależnienie lub nadużywanie alkoholu przez jednego lub oboje rodziców), żyją w stanie chronicznego napięcia i stresu. Jest to związane z niezaspokajaniem przez rodziców ich podstawowych potrzeb. Dzieci doświadczają wielu traumatycznych sytuacji związanych z chaosem i awanturami w domu, a także niewypełnianiem ról rodzicielskich przez uzależnionych bądź współuzależnionych rodziców. W związku z brakiem oparcia ze strony dorosłych, dzieci żyją w poczuciu braku bezpieczeństwa emocjonalnego i fizycznego, co powoduje określone zaburzenia emocjonalne i psychiczne. Dzieci rodziców z problemem alkoholowym są słabsze fizycznie i częściej chorują oraz często są ofiarami przemocy ze strony najbliższych członków rodziny lub otoczenia.

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

W planowaniu pomocy należy dążyć do zintegrowania działań różnych instytucji. Dotyczy to przede wszystkim szkoły, poradni psychologiczno-pedagogicznych, ośrodków pomocy społecznej, poradni uzależnień, sądów rodzinnych, policji, punktów interwencji kryzysowej, świe-

tlic socjoterapeutycznych, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Często zdarza się, że pracownicy tych instytucji podejmują niezależnie od siebie próby interwencji wobec rodziny. Nierzadko działają na rzecz tylko jednej osoby z rodziny, nie uwzględniając całego systemu rodzinnego, co nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Tymczasem zaplanowanie i realizacja wspólnych działań oraz skierowanie ich do całej rodziny z problemem alkoholowym w zdecydowany sposób zwiększa ich efektywność. Dobrym rozwiązaniem jest tworzenie interdyscyplinarnych zespołów, które opracowują i koordynują realizację planów pomocy dziecku i rodzinie.

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

- Finansowanie zajęć i programów socjoterapeutycznych lub opiekuńczo-wychowawczych dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Programy te powinny opierać się na pisemnych konspektach do poszczególnych zajęć zaplanowanych do realizacji. W ich ramach możliwe jest prowadzenie różnorodnych programów rozwojowych dla dzieci (np. teatralnych, komputerowych, tanecznych, sportowych).
- Dofinansowanie obozów socjoterapeutycznych dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, które powinny być integralnym elementem i uzupełnieniem całorocznej pracy z dziećmi.
- Finansowanie zatrudnienia pracowników merytorycznych w placówkach pomocy dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. W przypadku wychowawców w świetlicach dla dzieci z takich rodzin, pracujących w wymiarze ok. 24 godzin tygodniowo bezpośrednio z grupą dzieci, zasadne jest zatrudnienie ich na umowę o pracę. Rekomendowane jest także zatrudnianie dwóch wychowawców do pracy z jedną grupą dzieci, w celu zapewnienia jak najlepszej jakości udzielanej pomocy.
- 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, psychologowie, nauczyciele, którzy są zatrudnieni w tego typu placówkach lub deklarują gotowość podjęcia tego rodzaju pracy.
- Organizowanie i finansowanie superwizji lub konsultacji dla wychowawców udzielających pomocy psychologicznej dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym.
- Tworzenie i finansowanie bieżącej działalności placówek, w których prowadzona jest praca z dziećmi z rodzin z problemem alkoholowym.
- Finansowanie dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych.

-
- Finansowanie środowiskowych programów pomocy rodzinie, których efektem będzie między innymi zwiększenie kompetencji wychowawczych rodziców.
 - 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 Płodowym Zespołem Alkoholowym (*Fetal Alcohol Syndrome* – FAS) oraz dla ich rodziców i opiekunów. Szacuje się, iż rocznie w Polsce rodzi się od kilku do kilkunastu tysięcy dzieci z zaburzeniami spowodowanymi pićm alkoholu przez matki w czasie ciąży. Niezbędne jest dostarczanie wiedzy na temat FAS/FAE (*Fetal Alcohol Effects*) psychologom, pedagogom, terapeutom oraz wszystkim, którzy zajmują się pomocą dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym.
 - Prowadzenie działań związanych z ewaluacją (wewnętrzną i zewnętrzną) programów pomocy dla dzieci alkoholików oraz programów badawczych dotyczących psychospołecznego funkcjonowania dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.
 - Organizowanie i/lub finansowanie zajęć dla rodziców dzieci uczęszczających na zajęcia, które mają na celu podniesienie ich kompetencji wychowawczych.

Informacje dodatkowe

Pomoc dzieciom z rodzin alkoholowych powinna spełniać następujące założenia:

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

- Planowanie pomocy powinno przebiegać w zespole i jeśli to możliwe – poddawane superwizji lub konsultacji.

Udzielanie pomocy powinno spełniać standardy adekwatne do rodzaju świadczonych usług (np. warunki lokalowe, liczba dzieci w grupie itp.).

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

Jeżeli na danym terenie nie ma możliwości stworzenia placówki posiadającej osobowość prawną, prowadzącej zajęcia socjoterapeutyczne lub opiekuńczo-wychowawcze, program socjoterapii może być realizowany w formie zajęć socjoterapeutycznych prowadzonych w dowolnym miejscu, o ile zapewnia ono wymogi bezpieczeństwa i komfortu pracy z dziećmi. Powinno się jednak zachować standardy zadań i celów przy prowadzeniu tego typu zajęć. Jeżeli zaś program realizowany w placówce bądź w innym miejscu nie spełnia merytorycznych założeń programu socjoterapii, to nie należy używać nazwy „socjoterapeutyczny” do jego określenia. Placówki wsparcia dziennego czy zajęcia rozwojowe również stanowią element systemu pomocy i odgrywają bardzo ważną rolę w procesie pomagania dzieciom, zwłaszcza z rodzin dysfunkcyjnych.

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

Zadania placówki organizującej zajęcia socjoterapeutyczne lub terapeutyczne:

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

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

Dodatkowe wskazówki dotyczące organizacji placówek realizujących zajęcia socjoterapeutyczne

- Grupę socjoterapeutyczną powinny prowadzić przynajmniej dwie osoby obecne na zajęciach, a liczba dzieci nie powinna przekraczać 12 osób.
- Grupy dzieci powinny być tworzone 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). Kiedy brakuje specjalistów, dobrym rozwiązaniem jest organizowanie wspólnych spotkań pracowników z kilku sąsiednich placówek. Celem spotkań jest omawianie sposobów rozwiązywania problemów dzieci i ich rodzin. Należy jednak pamiętać, że wzajemne wsparcie i wymiana doświadczeń nie mogą 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 placówki z programem opiekuńczym

- Stała, systematyczna współpraca z rodziną dziecka.
- Rozpoznanie sytuacji dziecka w kontekście jego sytuacji rodzinnej.
- Organizacja czasu wolnego, prowadzenie zajęć tematycznych.
- Prowadzenie pracy z grupą jest poprzedzone zaplanowaniem jej w zespole pracowników.
- Indywidualne spotkania z dziećmi organizowane poza pracą z grupą.
- Prowadzenie dokumentacji pracy z dzieckiem i z grupą.
- Współpraca z innymi instytucjami (np. gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych, szkoła, ośrodek pomocy społecznej, sąd rodzinny, powiatowe centrum pomocy rodzinie itp.).
- Dożywianie 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 wsparcia dziennego

Wymogi dotyczące tworzenia i funkcjonowania placówek wsparcia dziennego określa ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2013 r. poz. 135

ze zm.). **Zgodnie z tą ustawą, placówkę wsparcia dziennego prowadzi gmina, organizacja pozarządowa, której gmina zleciła realizację tego zadania, lub podmiot, który uzyskał zezwolenie wójta.** Warunkiem uzyskania zezwolenia wójta jest przedstawienie następujących dokumentów:

- dokumentów potwierdzających tytuł prawny do nieruchomości, na terenie której placówka wsparcia dziennego ma prowadzić działalność,
- odpis z właściwego rejestru,
- oświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON oraz numerze identyfikacji podatkowej NIP,
- pozytywne opinie właściwego miejscowo komendanta powiatowego lub miejskiego Państwowej Straży Pożarnej i właściwego państwowego inspektora sanitarnego o warunkach bezpieczeństwa i higieny w budynku, w którym będzie mieścić się placówka wsparcia dziennego, oraz najbliższym jego otoczeniu, mając na uwadze specyfikę placówki,
- statut placówki wsparcia dziennego lub jego projekt,
- regulamin organizacyjny placówki wsparcia dziennego lub jego projekt,
- informację o sposobie finansowania placówki wsparcia dziennego oraz o niezaleganiu w regulowaniu zobowiązań podatkowych i składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.

Placówka wsparcia dziennego może być prowadzona w formie:

- opiekuńczej, w tym kół zainteresowań, świetlic, klubów i ognisk wychowawczych,
- specjalistycznej,
- pracy podwórkowej realizowanej przez wychowawcę.

Placówką wsparcia dziennego kieruje kierownik, który:

- posiada wykształcenie wyższe:
 - na kierunku pedagogika, pedagogika specjalna, psychologia, socjologia, praca socjalna, nauki o rodzinie lub na innym kierunku, którego program obejmuje resocjalizację, pracę socjalną, pedagogikę opiekuńczo-wychowawczą lub
 - na dowolnym kierunku, uzupełnione studiami podyplomowymi w zakresie psychologii, pedagogiki, nauk o rodzinie, resocjalizacji lub kursem kwalifikacyjnym z zakresu pedagogiki opiekuńczo-wychowawczej.

Warunkiem pracy z dziećmi w placówce wsparcia dziennego jest posiadanie następujących kwalifikacji:

- w przypadku wychowawcy:
 - wykształcenie wyższe:
 - na kierunku pedagogika, pedagogika specjalna, psychologia, socjologia, praca socjalna, nauki o rodzinie lub na innym kierunku, którego program obejmuje resocjalizację, pracę socjalną, pedagogikę opiekuńczo-wychowawczą lub
 - na dowolnym kierunku, uzupełnione studiami podyplomowymi w zakresie psychologii, pedagogiki, nauk o rodzinie, resocjalizacji lub kursem kwalifikacyjnym z zakresu pedagogiki opiekuńczo-wychowawczej,
 - co najmniej wykształcenie średnie i udokumentowany co najmniej 3-letni staż pracy z dziećmi lub rodziną;
- w przypadku pedagoga – tytuł zawodowy magistra na kierunku pedagogika albo pedagogika specjalna;
- w przypadku psychologa – prawo wykonywania zawodu psychologa;
- w przypadku osoby prowadzącej terapię – udokumentowane przygotowanie do prowadzenia terapii o profilu potrzebnym w pracy z dzieckiem i rodziną;
- w przypadku opiekuna dziecięcego – ukończona szkoła przygotowująca do pracy w zawodzie opiekuna dziecięcego lub pielęgniarce albo studia pedagogiczne.

Ustawa wprowadza także wymóg, zgodnie z którym pod opieką jednego wychowawcy w placówce wsparcia dziennego, w tym samym czasie, może przebywać nie więcej niż 15 dzieci.

Pragniemy przypomnieć, iż zgodnie z art. 228 ust. 2 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, jednostki samorządu terytorialnego prowadzące placówki wsparcia dziennego, są obowiązane dostosować organizację i standardy świadczonych usług w tych placówkach do wymagań określonych na podstawie przepisów wymienionej ustawy w terminie do 1 stycznia 2014 r., zaś niepubliczne placówki opiekuńczo-wychowawcze wsparcia dziennego, działające na podstawie przepisów dotychczasowych, obowiązane są do uzyskania w tym samym terminie zezwolenia wójta (burmistrza lub prezydenta miasta) na prowadzenie placówki wsparcia dziennego.

Podkreślić jednak należy, że obowiązek dostosowania placówek opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego do wymogów wynikających z ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej dotyczy jedynie tych miejsc, w których realizowane były działania socjoterapeutyczne wobec dzieci oraz które w dniu wejścia w życie ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej posiadały status placówki opiekuńczo-wychowawczej wsparcia dziennego. **Ponadto warto podkreślić, że uzyskanie zezwolenia wójta nie jest koniecznym warunkiem zlecenia przez gminę zadania prowadzenia placówki wsparcia dziennego. Zlecenie takie może mieć miejsce na mocy ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie.**

Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie

Wprowadzenie

Od 2010 r. realizacja zadań służących ochronie rodzin przed przemocą w samorządach lokalnych powinna przebiegać w oparciu o dwa niezależne programy: gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, opracowany na podstawie art. 4¹ ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz gminny program przeciwdziałania przemocy w rodzinie i ochrony ofiar przemocy opracowany na podst. art. 6 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. Nr. 180, poz. 1493 ze zm.).

Należy podkreślić, że działania realizowane w ramach gminnego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie nie mogą być finansowane ze środków pochodzących z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych. Środki te – zgodnie z brzmieniem art. 18² ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, mogą być wykorzystane wyłącznie na realizację gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz programów, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii.

Analiza wydatków ponoszonych przez samorzady lokalne w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych pokazuje, że na zadania związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie od trzech lat przeznaczają się ok. 5% środków pochodzących z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych. Wskaźnik procentowy nie zmienia się, mimo że co roku kwoty przeznaczane na działania związane z ochroną członków rodzin z problemem alkoholowym przed przemocą sukcesywnie, choć nieznacznie, są zwiększane.

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

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

Praktyka w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie pokazała, że jedynie wspólne działania przedstawicieli różnych podmiotów, uwzględniające potrzeby wszystkich członków rodziny, mogą zainicjować proces zmian służących zatrzymaniu przemocy. Interdyscyplinarna współpraca służb, instytucji i organizacji sprzyja zwiększeniu efektywności działań, mających na celu ochronę rodzin przed przemocą, ponieważ pozwala na zaplanowanie i udzielenie kompleksowej pomocy dla wszystkich członków rodziny, w której jest przemoc.

Zgodnie z zapisami ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, obowiązkowe stało się

tworzenie zespołów interdyscyplinarnych ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Wchodzący w skład zespołów przedstawiciele jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, policji, oświaty, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, ochrony zdrowia oraz organizacji pozarządowych, kuratorzy sądowi, a także prokuratorzy i przedstawiciele innych podmiotów działających na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie, są odpowiedzialni za kształtowanie lokalnej polityki wobec problemu przemocy.

Zespół interdyscyplinarny może tworzyć grupy robocze, a ich zadaniem jest m.in. opracowanie i realizacja planu pomocy dla konkretnej rodziny, w której dochodzi do przemocy. Skład grup roboczych określa art. 9a ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.

Ze względu na to, że rodziny z problemem alkoholowym są szczególnie narażone na przemoc, konieczne jest, aby w ww. działania w szczególny sposób włączyli się członkowie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Biorąc pod uwagę odmienne role i zadania tych dwóch podmiotów (zespołu i grupy roboczej) obecność członka gminnej komisji w zespole interdyscyplinarnym będzie obligatoryjna, a w grupie roboczej – fakultatywna, uzależniona od sytuacji konkretnej rodziny i występującego w niej, bądź nie, problemu alkoholowego.

W sytuacji potwierdzenia problemu alkoholowego pożądane jest, aby w składzie grupy roboczej znalazł się specjalista leczenia uzależnień (na podst. art. 9a ust. 12 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie).

Niezbędne jest, aby wszyscy członkowie zespołu i grup roboczych posiadali odpowiednie kompetencje do rozpoznawania przemocy i udzielania pomocy danej rodzinie. Tymczasem przeprowadzone w 2012 r. na zlecenie PARPA ogólnopolskie badanie pn. „Lokalny system przeciwdziałania przemocy w percepcji osób pracujących w grupach roboczych. Kompetencje, postawy, opinie badanych dotyczące funkcjonowania systemu oraz skuteczności działań służących ofiarom przemocy” jednoznacznie wskazują na istotne deficyty w tym zakresie (raport z badań dostępny jest na stronie internetowej PARPA http://www.parpa.pl/images/file/przemoc_2012_grupy_robocze.pdf)

W związku z powyższym rekomenduje się m.in.:

- prowadzenie szkoleń i konferencji dla przedstawicieli służb i instytucji nt. zjawiska przemocy w rodzinie, jej mechanizmów, możliwości udzielania pomocy rodzinom z problemem alkoholowym oraz przemocy, kompetencji podmiotów działających na terenie gminy na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie, obowiązujących procedur i rozwiązań prawnych, zasad pracy interdyscyplinarnej i kontaktu z osobą doznającą przemocy i stosującą przemoc,
- superwizowanie pracy zespołów interdyscyplinarnych i grup roboczych,
- usprawnienie współpracy ze służbami, które do tej pory w środowiskach lokalnych w mniejszym stopniu angażowały się w pracę na rzecz ochrony rodzin przed przemocą, w szczególności ochroną zdrowia, oświatą, wymiarem sprawiedliwości,

-
- organizowanie konferencji i seminariów, które staną się forum wymiany doświadczeń i pozwolą na wypracowanie lokalnej lub regionalnej strategii działania w obszarze ochrony rodzin przed przemocą (w szczególności rodzin borykających się z problemem alkoholowym).

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

Praca w zespołach interdyscyplinarnych/grupach roboczych wiąże się z realizacją zadań wynikających z rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” (Dz.U., Nr 209, poz. 1245)

Na gminnych komisjach rozwiązywania problemów alkoholowych (podobnie jak na policji, pomocy społecznej, ochronie zdrowia i oświacie) w sytuacji podejrzenia przemocy w rodzinie ciąży obowiązek uruchomienia procedury „Niebieskie Karty”. Wszczęcie procedury następuje przez wypełnienie formularza „Niebieska Karta – A”. Z informacji nadesłanych przez gminy (ankieta PARPA G-1) wynika, że w 2012 r. członkowie gminnych komisji uruchomili tę procedurę w blisko 3,7 tys. przypadkach. Należy jednak podkreślić, że tego rodzaju działania były podejmowane w zaledwie 1/4 gmin.

Bardzo ważnym aspektem jest, aby członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych byli przygotowani do prowadzenia rozmowy nt. przemocy w rodzinie. Niedopuszczalne natomiast, aby rozmowa taka przypominała zbiorowe odpytywanie, „przesłuchanie” osoby doznającej przemocy czy mechaniczne, bezrefleksyjne odczytywanie kolejnych pytań z formularza. Rozmowa z klientką/klientem ma służyć jak najbardziej pełnemu rozpoznaniu sytuacji w danej rodzinie pod kątem przemocy. Należy jednak pamiętać, że wypełnienie formularza „Niebieska Karta – A” nie może stać się celem samym w sobie.

Zwraca uwagę fakt, że w 2012 r. wzrosła znacząco (o ponad 250) liczba gmin, które organizowały szkolenia nt. procedury „Niebieskie Karty”. W dalszej perspektywie konieczne jest kontynuowanie działań w zakresie podnoszenia kompetencji przedstawicieli służb zobligowanych do prowadzenia procedury „Niebieskie Karty”, poprzez m.in.:

- organizowanie cyklicznych szkoleń, porad, konferencji nt. procedury „Niebieskie Karty”,
- organizowanie szkoleń nt. nawiązywania kontaktu z członkami rodzin, w których dochodzi do przemocy, prowadzenia rozmów interwencyjnych i psychologicznych,
- przygotowywanie i upowszechnianie materiałów informacyjno-edukacyjnych dla profesjonalistów dotyczących procedury „Niebieskie Karty” (informatory, ulotki, plakaty).

Tworzenie i finansowanie wyspecjalizowanych miejsc pomocy dla ofiar przemocy w rodzinie

Z ankiet PARPA G-1 wynika, że od dwóch lat liczba placówek oferujących pomoc osobom krzywdzonym przez najbliższych utrzymuje się na porównywalnym poziomie. Niepokoi jednak, obserwowany od kilku lat, brak stabilności oferty pomocowej dla osób doznających przemocy.

W 2012 r. powstało blisko 700 nowych placówek, ale globalna liczba miejsc pomocy nie zmieniła się w sposób istotny.

W związku z powyższym priorytetem powinno być zapewnienie członkom rodzin borykających się z problemem alkoholowym oraz przemocy dostępu do stałej, kompleksowej i profesjonalnej pomocy. Wiąże się to również z zapewnieniem nieograniczonego dostępu do specjalistów. Tymczasem w wielu gminach placówki oferujące pomoc w ramach tzw. „pierwszego kontaktu” (w szczególności punkty informacyjno-konsultacyjne) działają 1-2 godz. tygodniowo (dane na podst. ankiet PARPA G-1).

W celu zapewnienia pomocy członkom rodzin z problemem alkoholowym i przemocą rekomenduje się:

- tworzenie i wspieranie już istniejących punktów konsultacyjnych, ośrodków interwencji kryzysowej, ośrodków wsparcia,
- zapewnienie dostępności do specjalistów z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie poprzez zatrudnianie ich w ww. placówkach,
- prowadzenie i finansowanie grup wsparcia i grup terapeutycznych dla ofiar przemocy – dorosłych i dzieci,
- tworzenie i finansowanie specjalistycznych miejsc pomocy dzieciom krzywdzonym.

Wdrażanie i finansowanie oddziaływań adresowanych do osób stosujących przemoc w rodzinie

Mimo że ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie „opracowywanie i realizację programów oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie” określa jako zadanie z zakresu administracji rządowej realizowane przez powiat (art. 4 ust.2), niezbędne wydaje się, aby działania adresowane do sprawców przemocy w rodzinie były realizowane i finansowane także przez samorządy lokalne. W 2012 r. liczba takich programów zwiększyła się o prawie 1/5 (wg ankiet PARPA G-1 prowadziło je 258 gmin). Ponieważ praca z osobami stosującymi przemoc jest trudna, także ze względu na brak motywacji tych osób do udziału w programach oddziaływań edukacyjno-korekcyjnych, rekomenduje się zwrócenie uwagi na:

- podnoszenie kompetencji osób mających kontakt z osobami stosującymi przemoc w zakresie motywowania ich do uczestniczenia w ww. programach,
- usprawnienie współpracy z przedstawicielami wymiaru sprawiedliwości i organów ścigania, którzy mogą kierować osoby stosujące przemoc do ww. programów,
- zwiększenie dostępności oddziaływań wobec osób stosujących przemoc – stworzenie oferty, realizacja działań,

-
- upowszechnianie informacji o prowadzonych na terenie gminy oddziaływaniach adresowanych do sprawców przemocy wobec najbliższych.

Podobnie jak w latach poprzednich, w kontekście pracy z osobami stosującymi przemoc wobec swoich bliskich, podkreśla się rolę pracowników leczenia odwykowego. Ze względu na specyfikę klientów, powinni oni być przygotowani do rozpoznawania przemocy w rodzinach osób, które zgłaszają się do nich po pomoc, posiadać wiedzę na temat oddziaływań adresowanych do sprawców przemocy, wskazać miejsca, gdzie takie programy są realizowane oraz motywować do uczestnictwa w nich.

Realizacja i finansowanie programów profilaktyki przemocy w rodzinie

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

Podnoszenie kompetencji w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie

Praca w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie wymaga odpowiednich kompetencji w zakresie rozpoznawania przemocy, podejmowania interwencji, zasad kontaktu z klientem (osobą doznającą przemocy i stosującą przemoc). Rekomenduje się więc:

- organizowanie specjalistycznych interdyscyplinarnych szkoleń, które pozwolą na poznanie specyfiki pracy i kompetencji innych służb oraz nawiązywania osobistych relacji,
- umożliwienie osobom pracującym w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie analizy własnych postaw i emocji wobec tego problemu,
- zapewnienie dostępu do stałej superwizji pracy profesjonalistów, co sprzyja radzeniu sobie z emocjami związanymi z trudną sytuacją klientów i pozwala zapobiegać wypaleniu zawodowemu,
- tworzenie forum wymiany doświadczeń pomiędzy osobami pracującymi z członkami rodzin z problemem alkoholowym oraz przemocy. Czerpanie z dorobku innych specjalistów, poznanie sprawdzonych rozwiązań sprzyja podnoszeniu własnych kompetencji, a co z tym idzie – pozwala na szybsze i bardziej efektywne pomaganie klientom.

Potwierdzeniem kwalifikacji w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie jest m.in. nadany przez Dyrektora PARPA certyfikat specjalisty lub konsultanta w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie w ramach Programu potwierdzania kwalifikacji osób pracujących w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Więcej informacji dotyczących systemu certyfikowania znajduje się na stronie www.parpa.pl.

Prowadzenie edukacji społecznej

W ramach edukacji społecznej rekomenduje się:

- prowadzenie lokalnych kampanii informacyjnych, akcji edukacyjnych nt. zjawiska przemocy w rodzinie,
- opracowywanie i wydawanie materiałów edukacyjnych dla osób pracujących w zakresie pomocy rodzinom z problemem alkoholowym i przemocy (broszur, ulotek, informatorów) nt. zjawiska przemocy w rodzinie, kompetencji służb, obowiązujących procedur itp.,
- przygotowywanie i upowszechnianie materiałów informacyjno-edukacyjnych dla mieszkańców gminy nt. oferty pomocy dla członków rodzin z problemem alkoholowym i przemocy,
- nawiązanie stałej współpracy z lokalnymi mediami: prasą, radiem, telewizją,
- prowadzenie badań i diagnoz dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie, postaw wobec problemu. Z uwagi jednak na to, że badania są przedsięwzięciem kosztownym, warto zadbać o to, aby stały się one częścią większego projektu badawczego lub były przedsięwzięciem realizowanym we współpracy z innymi podmiotami.

ROZDZIAŁ III

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

Działania profilaktyczne podejmowane wobec dzieci i młodzieży

Wprowadzenie

Picie alkoholu przez młodych ludzi jest najczęstszym zachowaniem ryzykownym – kontakt z alkoholem ma za sobą 87,3% gimnazjalistów z klas trzecich. W czasie ostatnich 30 dni przed badaniem jakiegokolwiek napoje alkoholowe piło 57,6% 15-latków (badanie ESPAD 2011). Dlatego, myśląc o działaniach profilaktycznych i ochronie dzieci i młodzieży przed różnymi zagrożeniami, powinniśmy mieć na uwadze, że to właśnie alkohol jest najczęściej spożywaną przez nich substancją psychoaktywną, która otwiera drogę do podejmowania innych zachowań ryzykownych. Co prawda ostatnie badania wskazują, że w Polsce wskaźniki dotyczące zachowań ryzykownych wśród młodzieży utrzymują się na podobnym poziomie, a wobec niektórych z nich można mówić nawet o spadku, to jednak nie oznacza, że powinniśmy zaprzestać intensywnych działań profilaktycznych.

Dużym problemem w pracy z młodymi ludźmi są ich własne przekonania normatywne dotyczące alkoholu, bagatelizowanie strat, przyswajanie pozytywnych skojarzeń z zabawą i relaksem budo-

wanych przez reklamę napojów alkoholowych. Próby pokazania młodym ludziom alkoholu jako substancji, która może być dla nich niebezpieczna, napotykać na inną ważną przeszkodę – przyzwolenie rodziców. To rodzice często mylnie uważają, że „lepiej, żeby dziecko piło, niż brało narkotyki”. Ważne jest, aby w podejmowanych działaniach opierać się na sprawdzonych, efektywnych strategiach profilaktycznych i nie zaniedbywać elementów, które mogą podnieść skuteczność naszych działań (np. w każdym programie dla uczniów powinny być zawarte elementy pracy z rodzicami).

Nadal wyzwaniem dla osób pracujących z młodzieżą jest grupa młodych ludzi eksperymentujących ze środkami psychoaktywnymi i przekraczających próg nietrzeźwości (wg badań ESPAD z 2011 r. w czasie ostatnich 30 dni poprzedzających badanie w stan nietrzeźwości wprowadziło się 21,4% uczniów trzecich klas gimnazjów). Niestety, w 2012 r. zaledwie 122 samorządów gminnych podjęło próbę pracy interwencyjno-korekcyjnej z młodymi ludźmi (uczestniczyło w nich 19 tys. młodych ludzi). Dodatkowo pokutuje przekonanie, że nawet w sytuacjach problemowych pojedynczych uczniów, rozwiązaniem będzie praca z całą klasą. W badaniach obserwujemy trend wyrównywania się zachowań ryzykownych wśród dziewcząt i chłopców. Przełamywanie stereotypów dotyczących tego, że piją tylko chłopcy czy dzieci ze środowisk zagrożonych, praca z grupami ryzyka oraz z dziewczętami to kolejne obszary, które powinny być uwzględniane w działaniach profilaktycznych.

Planując w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych działania, których celem jest zmniejszenie spożycia alkoholu wśród dzieci i młodzieży, należy pamiętać, że osiągnięcie tego celu stanie się możliwe tylko wówczas, gdy nasze działania będą prowadzone systematycznie i planowo, przy wykorzystaniu różnych form oddziaływań skierowanych wielopłaszczyznowo. Należy również pamiętać, że wiele z podejmowanych działań (np. programów profilaktycznych) może się odnosić do różnych zachowań ryzykownych i zagrożeń wynikających z ich podejmowania (przemoc, agresja, sięganie po substancje psychoaktywne, wagary, przedwczesna inicjacja seksualna czy prostytutka), a nie tylko do jednego specyficznego zachowania problemowego. Nie oznacza to jednak, że jako działania informacyjne i edukacyjne w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych mogą być realizowane wszystkie programy z zakresu promocji zdrowia (np. higiena jamy ustnej czy profilaktyka otyłości itp.).

Obecnie stosowane poziomy profilaktyki opierają się na kryterium oceny indywidualnego ryzyka powstawania problemów zdrowotnych. Nowe terminy bardziej precyzyjnie określają granice między profilaktyką i promocją zdrowia, a także między profilaktyką i leczeniem uzależnień oraz innych zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu.

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

Profilaktyka wskazująca jest ukierunkowana na jednostki (lub grupy) wysokiego ryzyka, które ujawniają pierwsze symptomy problemów alkoholowych. Są to działania profilaktyczne adresowane do osób (grup), demonstrujących wczesne symptomy problemów alkoholowych lub/i innych zaburzeń zachowania bądź problemów psychicznych, ale jeszcze nie spełniają kryteriów diagnostycznych picia szkodliwego, uzależnienia od alkoholu lub innych zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu opisanych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Przykładem profilaktyki wskazującej są zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci, które przejawiają wysoki poziom agresji i nieprzystosowania w kontaktach z rówieśnikami, a także interwencje podejmowane wobec uczniów upijających się lub eksperymentujących z narkotykami. Do profilaktyki wskazującej można również zaliczyć niektóre działania mające na celu redukcję szkód zdrowotnych lub społecznych u osób nadużywających alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych (np. działania edukacyjne i prawne zmierzające do ograniczenia liczby wypadków drogowych popełnianych przez kierowców pod wpływem alkoholu).

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

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

Osoby, które zajmują się realizacją profilaktyki lub ocenianiem ofert programów i działań profilaktycznych, zachęcamy do zapoznania się z systemem ocen i rekomendacji programów pro-

filaktyki i promocji zdrowia stworzonym w ramach wspólnego projektu Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (koordynator), Ośrodka Rozwoju Edukacji, Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. System powstał, aby upowszechnić sprawdzone praktyki i programy profilaktyczne, popularyzować wiedzę na temat skutecznych strategii profilaktycznych oraz metod konstruowania programów. Każdy program nadesłany do systemu zostanie poddany ocenie, a rekomendacje będą przyznawane na jednym z trzech poziomów:

1. Program obiecujący, czyli taki, którego pozytywny wpływ na zachowania i/lub doświadczane przez odbiorców programu problemy nie został potwierdzony w poprawnych metodologicznie badaniach. Jednak sensowna koncepcja teoretyczna programu i dotychczasowe doświadczenia w realizacji działań, udokumentowane wynikami ewaluacji procesu, pozwalają przypuszczać, że program ten może przynosić oczekiwane efekty.

2. Dobra praktyka – ocena programu została dokonana poprzez ewaluację formatywną lub ewaluację wyników, która dotyczyła zmian w zakresie czynników pośredniczących (celów szczegółowych programu), a nie samych zmian zachowania (celu głównego programu) lub była przeprowadzona bezpośrednio po zakończeniu oddziaływań albo też nie spełniała innych standardów metodologicznych.

3. Program modelowy – wyniki poprawnych metodologicznie badań potwierdzają pozytywny wpływ programu na zachowania problemowe i to przynajmniej po roku od zakończenia oddziaływań (tzw. efekty odroczone).

Więcej informacji o systemie rekomendacji można znaleźć na stronach internetowych www.parpa.pl, www.narkomania.gov.pl lub www.ore.edu.pl.

Można sięgnąć również do standardów jakości programów profilaktycznych, które zostały opracowane przez Wydział Wychowania i Profilaktyki Ośrodka Rozwoju Edukacji i które znajdują się na stronie internetowej www.ore.edu.pl. Standardy te odnoszą się do wielu obszarów działań profilaktycznych i opisane są w odniesieniu do takich wymiarów, jak: bezpieczeństwo uczestników, adekwatność programu, skuteczność, głębokość i czas trwania programu, organizacja, ewaluacja i dokumentacja programu. Wskazówki do pracy profilaktycznej oraz inspiracje do pracy z młodzieżą znajdują też Państwo na stronach:

www.parpa.pl (tzw. niezbędnik profilaktyczny), www.niebotak.pl, oraz w specjalnej wkładce do miesięcznika REMEDIUM.

Szkoły mają obowiązek tworzyć diagnozę problemów występujących wśród swoich uczniów i na tej podstawie opracować i realizować szkolny program profilaktyki. Warto też, aby w przygotowywaniu takiej diagnozy i planu uwzględnić lokalne zasoby, np. przygotowanie nauczycieli do realizacji konkretnych programów, działające organizacje pozarządowe, instytucje, aby wszyst-

kie działania wzajemnie się uzupełniały, a nie polegały na walce o środki finansowe, fundowaniu młodym ludziom jednorazowych pogadek czy wydarzeń, braku kontroli nad treściami, które do nich trafiają. W realizacji szkolnego programu profilaktyki szkoły często korzystają z różnorodnych ofert na realizację programów nadsyłanych z zewnątrz. Skorzystanie z pomocy specjalistów może być cennym uzupełnieniem prowadzonych oddziaływań profilaktycznych. Ważne jednak, aby nie zastępowało ono systematycznej pracy nauczycieli w kontakcie indywidualnym i z całą klasą. Szkolny program profilaktyki nie powinien być ograniczony jedynie do prowadzenia zajęć edukacyjnych przez pojedynczych nauczycieli. Składają się na niego bowiem różnorodne elementy:

- tworzenie systemu wsparcia dla uczniów (zespoły interdyscyplinarne),
- normy i regulamin szkoły współtworzony zarówno przez uczniów, rodziców, jak i grono nauczycielskie,
- angażowanie w różnego rodzaju aktywność profilaktyczną młodzieży (np. programy lider-skie) i rodziców,
- tworzenie możliwości i uczenie alternatywnych form spędzania wolnego czasu,
- wykorzystanie pewnych treści profilaktycznych w ramach przedmiotów,
- realizacja konkretnych procedur i strategii profilaktycznych w ramach godzin wychowawczych czy przeznaczonych na to specjalnych lekcji,
- procedury interwencji i specjalne programy wobec uczniów z grupy ryzyka.

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

Ważne jest, aby pamiętać, że programy profilaktyczne powinny być nie tylko prowadzone metodami aktywizującymi, ale także powinny być interaktywne. Nauczyciel ma za zadanie inicjować proces interakcji, porozumiewania się, dyskusji i weryfikowania umiejętności, uczenia się w kontaktach z innymi, np. w sytuacjach zadaniowych (m.in. programy zawierające elementy kształtowania umiejętności życiowych, praca metodą projektów). Więcej informacji o programach profilaktycznych można znaleźć na stronach internetowych: www.parpa.pl i www.ore.edu.pl.

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

- Program znajduje się w bazach programów rekomendowanych.
- Osoby realizujące program posiadają odpowiednio udokumentowane uprawnienia do jego realizacji (np. zaświadczenia o ukończonych szkoleniach).

- Program charakteryzuje się odpowiednią intensywnością oddziaływań (duża liczba godzin).
- Program ma zrobioną ewaluację, a jej wyniki są dołączone do oferty.
- Program zawiera szczegółowy opis działań – scenariusze zajęć, załączone materiały dla nauczycieli, uczniów i rodziców.
- Opis celów oraz założeń programu jest precyzyjny i realistyczny.
- Do wyboru można wykorzystać kryteria oceny i narzędzia przygotowane w ramach Systemu Rekomendacji Programów Profilaktyki i Promocji Zdrowia Psychicznego.

Z analizy ankiet PARPA G1 oraz informacji dodatkowych nadsyłanych przez samorządy wynika, że mimo dużych nakładów finansowych przeznaczanych na profilaktykę oraz dużej liczby dzieci i młodzieży uczestniczących w tych działaniach, większość z nich ma charakter krótkotrwały i jednorazowy (spektakle, zawody sportowe, festyny, konkursy itp.). **Badania dotyczące skuteczności oddziaływań profilaktycznych wskazują na niską efektywność tego typu przedsięwzięć.** Warto więc w przygotowywaniu gminnego programu profilaktyki uwzględnić przede wszystkim finansowanie realizacji projektów o potwierdzonej skuteczności i szkoleń, które mogą być wsparciem dla nauczycieli w prowadzonych działaniach wychowawczych i profilaktycznych (o ile szkoła sygnalizuje, że środki na szkolenia są niewystarczające).

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

Zgodnie ze stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych nie rekomenduje podejmowania współpracy w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych z przedstawicielami przemysłu alkoholowego (Handbook for action to reduce alcohol-related harm, WHO, 2000, s. 63).

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

W działaniach profilaktycznych powinniśmy przede wszystkim skupiać się na ich skuteczności. Argumenty finansowe czy przekonywanie o atrakcyjności programu proponowanego

młodym ludziom przez przemysł alkoholowy w żaden sposób nie powinny wpływać na nawiązywanie z nim współpracy w obszarze profilaktyki.

Podejmowanie działań o charakterze edukacyjnym przeznaczonych dla rodziców

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

Wdrażanie programów profilaktyczno-interwencyjnych dla młodzieży upijającej się

W tym przypadku należy oddzielić dwa obszary działań: pracę terapeutyczną po zdiagnozowaniu uzależnienia i działania korekcyjno-wychowawcze skierowane do osób eksperymentujących z różnymi środkami psychoaktywnymi. Jeżeli chodzi o programy terapeutyczne dla młodych ludzi uzależnionych od alkoholu, mogą być one realizowane jedynie w placówkach leczenia odwykowego. Działania interwencyjno-korekcyjne mogą być prowadzone również w szkole przez przeszkolonych nauczycieli, np. przy wykorzystaniu procedury „Szkolnej interwencji profilaktycznej”, opracowanej przez zespół Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej PRO-M Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie lub programu „Korekta” (przeznaczonego dla młodzieży pełnoletniej, w uzasadnionych przypadkach wykorzystywanego do pracy w starszych klasach szkół ponadgimnazjalnych). Przykładem pozaszkolnego programu interwencyjno-profilaktycznego jest TUKAN – Trening umiejętności kontroli zachowań związanych z alkoholem i narkotykami, opracowany przez Stowarzyszenie Wspierania Rozwoju Dzieci i Młodzieży z Łodzi. Uzupełnieniem działań prowadzonych lokalnie są oddziaływania ogólnopolskie, np. „Pomarańczowa Linia” – telefon pomagający rodzicom dzieci, które piją/upijają się. Ogólnopolski telefon „Pomarańczowa Linia” 801 14 00 68 działa od poniedziałku do piątku w godz. 14.00–20.00. Konsultanci dyżurujący w telefonie, oprócz fachowej porady, przekazują też informacje o placówkach pomocowych, które znajdują się w pobliżu zamieszkania osób dzwoniących po pomoc.

W przypadku grup ryzyka warto łączyć działania edukacyjne z np. tworzeniem dla nich alternatyw, pokazywaniem innego stylu życia. Ważne jednak, aby nie ograniczać się jedynie do takiej oferty, ale zadbać o dobre przygotowanie opiekunów i wychowawców, by poprzez

własny przykład (modelowanie), przestrzeganie zasad (rezygnacja ze środków psychoaktywnych), prowadzone zajęcia, przekazywali jasne stanowisko dotyczące zagrożeń i możliwości ich uniknięcia.

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 leaderskie 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 podejmowanych form może być też angażowanie młodych ludzi w przygotowywanie przedsięwzięć profilaktycznych dla ich rówieśników, np. spektakli teatralnych, happeningów itp. Możliwość opowiedzenia o problemach swoich rówieśników, wyrażenia swoich emocji, nabywania umiejętności aktorskich czy reżyserskich może stać się ciekawym i wartościowym uzupełnieniem programów profilaktycznych. Dla zainteresowanych PARPA przygotowała publikację zawierającą doświadczenie i wnioski z organizacji w latach 2006–2010 Młodzieżowego Ogólnopolskiego Przeglądu Spektakli Profilaktycznych.

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, poddany ocenie skuteczności, aby jak najlepiej pozwolił na realizację zakładanych celów. Szczególnie cenne będą projekty działań długofalowych i systematycznych, skierowanych do dzieci ze środowisk zagrożonych zachowaniami problemowymi, np. programy animatorów podwórkowych, pedagogów ulicy czy kluby młodzieżowe. Nawet przy realizacji wydarzeń jednorazowych należy zadbać o to, aby były one wpisane w szerszy program profilaktyczny. Ponadto, aby odwoływały się do zdobytych wcześniej doświadczeń, wiedzy, umiejętności lub do innych projektów profilaktycznych realizowanych lokalnie.

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

W szkoleniach skierowanych do właścicieli punktów sprzedaży napojów alkoholowych należy uwzględniać nie tylko aspekty prawne, ale również obszar ich osobistych motywacji (np. postawy rodzicielskie, mity na temat alkoholu) i nabywanie przez nich umiejętności praktycznych (ćwi-

czenie asertywnego odmawiania). Szkolenia nie mogą być uzależniane od wyników procedury wydawania zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych. W szkoleniach mogą brać udział nie tylko właściciele punktów sprzedaży napojów alkoholowych, ale również osoby bezpośrednio sprzedające alkohol (wskazane szczególnie w przypadku ćwiczenia konkretnych umiejętności radzenia sobie w różnych sytuacjach).

W 2012 r. jedynie co piąta gmina organizowała podobne szkolenia. Warto podkreślić, że mimo, iż nie można traktować tych spotkań jako obowiązkowych, to jednak dobrze zorganizowane i przeprowadzone szkolenie daje nadzieję na przeprowadzenie dalszych skutecznych działań związanych z ograniczaniem dostępności alkoholu dla nieletnich i rozwiązywaniem innych problemów lokalnych.

Dział ds. Rodziny i Młodzieży PARPA dysponuje listą instruktorów przygotowanych do prowadzenia szkoleń dla sprzedawców w zakresie przestrzegania zakazu sprzedaży alkoholu nieletnim (lista jest dostępna na stronie internetowej www.parpa.pl).

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

Diagnoza środowiska, uwzględniająca m.in. analizę problemów oraz zapotrzebowanie na działania z zakresu profilaktyki uniwersalnej lub działania korekcyjne, interwencyjne dla grup ryzyka, nie zawsze musi oznaczać przeprowadzenie dogłębnych badań socjologicznych na reprezentatywnej próbie młodzieży. Powinna jednak być rzetelnym określeniem problemu związanego z używaniem substancji 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, aby wyniki badań można było porównać z wynikami ogólnopolskich badań ESPAD. Jednak przy realizacji jakichkolwiek badań czy też programów profilaktycznych należy pamiętać o wcześniejszym poinformowaniu rodziców o takich działaniach. Pozwoli to nie tylko na uniknięcie ewentualnych zarzutów o brak zgody, ale wzmocni nasze działania i rozszerzy je na różne kierunki oddziaływań. Rodzice bowiem mogą podjąć ten temat w rozmowach, odwoływać się do pewnych norm czy też podsuwać rozwiązania w trudnych dla dziecka sytuacjach (np. namawiania przez innych do wypicia alkoholu).

Warto również podkreślić, że podstawową rolą ewaluacji jest rozwój i poprawa jakości prowadzonych działań oraz wzrost kompetencji i umiejętności realizatorów. Ewaluacja nie powinna być traktowana jedynie jako instrument kontroli instytucji nadzorujących. Trzeba ją dostoso-

wać 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 przez jego realizatorów i odbiorców (uczniowie, rodzice).

Realizacja pozalekcyjnych zajęć sportowych

Zajęcia sportowe **nie mogą stanowić jedynej i samodzielnej strategii profilaktycznej**. Powinny być integralnym elementem programu profilaktycznego i pełnić funkcję uzupełniającą w stosunku do innych działań profilaktycznych. Jak wykazały m.in. badania realizowane przez Pracownię Profilaktyki Młodzieżowej Pro-M Instytutu Psychiatrii i Neurologii wśród warszawskich gimnazjalistów, mimo postrzegania sportu jako panaceum na wszelkie problemy, udział w grupowych zajęciach sportowych wiąże się m.in. z większym ryzykiem angażowania się w bójki szkolne oraz większym ryzykiem spożywania alkoholu. Powszechność realizacji projektów sportowych może wynikać z różnych nacisków lokalnych (np. wykorzystanie obiektów sportowych, dodatkowe pieniądze dla klubów czy szkół). Warto jednak finansować tylko te, które są ściśle związane z szerszym programem profilaktycznym i mogą konstruktywnie wpływać na postawy młodych ludzi wobec używek.

Zajęcia sportowe powinny odwoływać się do strategii profilaktycznych (np. osobistych decyzji abstynenckich, przekonań normatywnych – „prawdziwy sportowiec prowadzi zdrowy styl życia, nie pije, nie pali, nie używa narkotyków, sterydów”). Powinny one także wzmacniać czynniki chroniące, zwłaszcza przez ukazywanie autorytetów promujących wzorzec trzeźwości (trener, znani sportowcy, nauczyciel wychowania fizycznego itp.) i rozwijanie zainteresowań, z wyraźnym określeniem norm zachowania w różnych sytuacjach (postawa wobec używek, rozwiązywania konfliktów, eliminowanie przemocy). Wskazane jest, aby 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 z problemem alkoholowym. 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 stosowania używek, przeklinania, reguły fair play itp.). Zaleca się, aby uczestnicy zajęć po zapoznaniu się z zasadami, podpisali kontrakt – zobowiązanie do ich przestrzegania (mogą również wprowadzić swoje reguły, niezależne od narzuconego regulaminu),
- trening umiejętności życiowych, uczenie rozwiązywania konfliktów, gry fair play, radzenia sobie z trudnymi emocjami, ponoszenia konsekwencji decyzji, komunikacji w grupie itp.,

-
- współpracę z rodzicami: angażowanie ich np. w formie klubu kibica albo udziału w zawodach razem z dziećmi; umożliwienie im podejmowania i realizowania własnych pomysłów (np. organizacja zawodów, treningi w innym miejscu niż dotychczas).

Dobrym przykładem przedsięwzięć edukacyjnych, które łączą sport i profilaktykę, są projekty „Jestem Kibicem przez duże K” i „Młodzi Młodym, czyli Zdrowo na Sportowo”.

Rekomendowane jest objęcie zajęciami sportowymi dzieci z grup ryzyka, które uczestniczą w zajęciach w świetlicach socjoterapeutycznych i opiekuńczo-wychowawczych. Należy jednak pamiętać, że w odniesieniu do dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, szczególną uwagę powinno się zwrócić na ich bezpieczeństwo psychiczne, np. uwzględnienie systemów wartości uczniów i stopnia ich wrażliwości, zapewnienie wsparcia, ale i dyskrecji, unikanie sytuacji i komunikatów, które mogą nieść treści szkodliwe dla psychiki i rozwoju młodego człowieka (nie chodzi tu tylko o pomniejszanie ich poczucia wartości, lecz również o utwierdzanie w roli, w jakiej dziecko funkcjonuje w swoim środowisku, rodzinie, np. bohatera, kozła ofiarnego).

Ważne jest również, aby obok elementów rywalizacji, wprowadzać jak najwięcej elementów współpracy, zaangażowania całego zespołu, doceniania każdego członka grupy. Należy też interweniować w sytuacjach, gdy grupa z jakiegoś powodu odrzuca kogoś z członków (prowadzący powinien posiadać umiejętności, które pozwolą mu rozwiązać takie sytuacje i udzielić stosownego wsparcia).

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). Dobrą inwestycją natomiast może być zatrudnianie animatorów prowadzących szeroko dostępne działania sportowe i edukacyjno-profilaktyczne na obiektach sportowych.**

Należy pamiętać o tym, że **ustawodawca przewidział znaczne środki na budowę infrastruktury sportowej w ramach Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej**, który został utworzony na mocy ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz.U. z 2009 r. Nr 201, 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 dla dzieci i młodzieży przez producentów napojów alkoholowych.

Warto przypomnieć, że zgodnie z art. 133 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi minister właściwy do spraw kultury fizycznej i sportu jest dysponentem Funduszu

Zajęć Sportowo-Rekreacyjnych dla uczniów, a dofinansowanie zajęć sportowych odbywa się zgodnie z rozporządzeniem Ministra Sportu z 31 października 2005 r. w sprawie dofinansowania zajęć ze środków Funduszu Zajęć Sportowo-Rekreacyjnych dla uczniów (Dz.U. Nr 226, poz. 1942). Środki na ten fundusz są pozyskiwane z opłat za reklamę napojów alkoholowych. Zarówno gminy, jak i organizacje pozarządowe mogą ubiegać się o te środki w Ministerstwie Sportu.

Edukacja publiczna w zakresie problematyki alkoholowej

Wprowadzenie

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

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

- **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 wymienionej tematyce itp. Istotnym elementem tego systemu powinna być interaktywna komunikacja ze społecznością lokalną i reagowanie na jej potrzeby i oczekiwania.
 - **Prowadzenie lokalnych kampanii edukacyjnych związanych z profilaktyką problemów alkoholowych.** Rekomendowane jest prowadzenie systematycznych (cyklicznych lub ciągłych) działań edukacyjnych. Jednorazowe akcje, takie jak festyny, obchody lokalnych dni trzeźwości czy światowego dnia FAS (*Fetal Alcohol Syndrome*, 9 września każdego roku), happeningi, pikniki, konferencje prasowe, debaty w lokalnych mediach itp. należy organizować tylko jako element promujący inne, systematyczne działania edukacyjne. Rekomendowane jest włączanie się w ogólnopolskie kampanie edukacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. W ramach realizowanych kampanii niezwykle ważne jest uruchamianie działań wykraczających poza przekaz medialny czy informacje dotyczące tematu kampanii. Działania kampanijne należy uzupełniać konferencjami, naradami, seminariami i szkoleniami dla różnych grup zawodowych pracujących w systemie pomocy dzieciom, młodzieży, rodzinom i osobom z problemem alkoholowym oraz w systemie przeciwdziałania przemocy (np. w ramach kampanii „Cięża bez alkoholu” inicjowanej przez PARPA i realizowanej przez samorządy organizowane były m.in. szkolenia dla lekarzy dotyczące wpływu alkoholu na przebieg ciąży).
 - **Prowadzenie działań edukacyjnych z wykorzystaniem materiałów edukacyjnych** (broszury, plakaty, ulotki z profilaktycznymi treściami edukacyjnymi dotyczącymi problematyki alkoholowej) dla określonych grup adresatów – młodzieży, sprzedawców, pracowników służby zdrowia, pracowników pomocy społecznej, nauczycieli, rodziców, policjantów, samorządowców, pacjentów placówek leczenia odwykowego i innych, klientów punktów konsultacyjnych, dla rodzin z problemem alkoholowym i ofiar przemocy, kierowców itp. Warto angażować w samorządowe działania edukacyjne i informacyjne lokalnych i regionalnych VIP-ów – osoby znane, sportowców, artystów i inne autorytety społeczne w celu uzyskania większej skuteczności oddziaływań.
 - **Pozyskiwanie dla podejmowanych działań patronatów** instytucji, organizacji i firm cieszących się uznaniem oraz patronatów lokalnych i regionalnych mediów. Nadaje to wyższą rangę przekazywanym komunikatom i podnosi ich wiarygodność.
 - **Edukacja lokalnych decydentów i radnych** w zakresie wagi i skali problematyki alkoholowej przez zapraszanie ich do lokalnych debat, kampanii edukacyjnych, udziału w imprezach profilaktycznych; zapoznawanie z lokalną i ogólnopolską diagnozą problemów alkoholowych. Edukacja ta powinna się także odbywać poprzez prenumeratę lub zakup specjalistycznych opracowań, czasopism, publikacji pogłębiających wiedzę na temat problemów alkoholowych.

- **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 poczynań przy okazji różnych wydarzeń w gminie.
- **Wspieranie edukacji** osób pracujących zawodowo w systemie rozwiązywania problemów alkoholowych poprzez prenumeratę lub zakup specjalistycznych opracowań, czasopism, publikacji, materiałów multimedialnych.
- **Aktywna współpraca z lokalnymi i regionalnymi mediami**, monitorowanie zawartości pojawiających się tam artykułów pod kątem problematyki alkoholowej, inicjowanie artykułów na ten temat, w razie potrzeby przygotowywanie sprostowań, prezentowanie w lokalnych i regionalnych mediach gminnych działań profilaktycznych i ich efektów, prezentowanie wyników lokalnych badań, planów działania itp. Współpraca z mediami jest ważnym elementem budowania społecznego poparcia dla działań w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz edukacji społecznej.
- **Monitorowanie skali problemów alkoholowych w środowisku lokalnym** przez prowadzenie badań i sondaży, tworzenie 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.
- **Promowanie działań gminy** na forum regionalnym, krajowym i międzynarodowym przez udział w konferencjach, seminariach i innych spotkaniach organizowanych przez województwa, instytucje centralne czy też międzynarodowe.

Działania na rzecz przeciwdziałania nietrzeźwości na drogach

Wprowadzenie

Przeciwdziałanie nietrzeźwości na drogach należy do katalogu spraw, które powinny być uwzględnione w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Wynika to przede wszystkim z faktu, iż zagadnienie to wiąże się z koniecznością podejmowania działań edukacyjnych w zakresie problemów alkoholowych również na poziomie lokalnym.

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

- działania edukacyjne,

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

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

Organizowanie lokalnych kampanii i włączanie się w regionalne kampanie oraz realizacja innych kompleksowych działań informacyjno-edukacyjnych związanych z przeciwdziałaniem nietrzeźwości na drogach

Wskazane jest tworzenie lokalnych koalicji złożonych z przedstawicieli instytucji i organizacji działających na rzecz bezpieczeństwa na drogach. Prowadzenie kampanii społecznych czy innych działań edukacyjnych powinno się łączyć ze zwiększeniem liczby kontroli trzeźwości na drogach.

Niemniej jednak prowadzenie działalności edukacyjnej przy wykorzystaniu sprzętu do badania zawartości alkoholu zakupionego z funduszy przeznaczonych na realizację gminnego programu profilaktyki jest możliwe tylko wówczas, gdy jest on wykorzystywany podczas programów profilaktycznych lub szkoleń (np. dla kandydatów na kierowców albo w programach reedukacyjnych, psychokorekcyjnych dla kierowców zatrzymanych za jazdę w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu).

Oznacza to, że „alkomat” nie może zostać przekazany policji jako doposażenie jednostki, czyli na realizację jej zadań statutowych. Nie ma znaczenia czy przekazanie nastąpi w wyniku przeniesienia własności urządzenia czy jedynie jego posiadania, czyli np. na podstawie umowy użyczenia. Każde działanie kontrolne prowadzone przez funkcjonariusza policji może nieść za sobą sankcje karne, a profilaktyka w swych założeniach powinna uwrażliwiać na problem, nie zaś karać uczestników przedsięwzięcia.

Prowadzenie szkoleń dla kandydatów na kierowców w szkołach nauki jazdy

Przy organizacji powyższych szkoleń należy szczególnie zadbać o trzy obszary:

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

Organizowanie specjalistycznych szkoleń z zakresu problematyki alkoholowej dla kierowców zawodowych

Szkolenia prowadzone w sektorze transportu publicznego, a także te skierowane do kierowców posiadających zawodową licencję na prowadzenie pojazdów wpływają pozytywnie na zwiększenie poziomu bezpieczeństwa pieszych oraz innych użytkowników dróg.

W celu zwiększenia bezpieczeństwa komunikacyjnego, samorządy lokalne powinny w szczególności współpracować z zakładami pracy zatrudniającymi kierowców zawodowych (min. kierowcy ciężarówek, taksówkarze i inni przewoźnicy).

Co istotne, działalność edukacyjna prowadzona w tym zakresie powinna obejmować podstawowe informacje na temat wpływu alkoholu na organizm kierującego oraz zawierać regulacje prawne dotyczące prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu, ukazując nie tylko konsekwencje w zakresie prawa karnego, lecz również w kwestii odpowiedzialności cywilno-prawnej. Niezbędne jest także poszerzenie szkolenia skierowanego do grona odbiorców spośród kierowców zawodowych o zagadnienia dotyczące nietrzeźwości w miejscu pracy. W prawidłowym kreowaniu oraz przeprowadzeniu powyższych szkoleń mogą być pomocne zapisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2012 r. (Dz.U. z 2013 r. poz. 9) w sprawie kursu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii oraz szczegółowych warunków i trybu kierowania na badania lekarskie lub badania psychologiczne w zakresie psychologii transportu (zał.nr1), jak również publikacja pod tytułem „Środowisko pracy a alkohol. Działania profilaktyczne i aspekty prawne”. Cennym uzupełnieniem takiego szkolenia może być również licznik trzeźwości, który ma na celu upowszechnić w przystępny sposób wiedzę na temat metabolizmu alkoholu przez organizm człowieka.

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

Adresatami tego programu są osoby odbywające karę pozbawienia wolności bądź te, które otrzymały karę w zawieszeniu za ww. czyny. W celu realizacji programu psychokorekcyjnego skierowanego do powyższej grupy skazanych niezbędne jest nawiązanie współpracy z sądami rejonowymi oraz wydziałami karnymi. Pomocnym argumentem w kontakcie z wymiarem sprawiedliwości będzie informacja, iż celem programu jest przede wszystkim powstrzymanie kierowcy przed ponownym prowadzeniem pojazdów pod wpływem alkoholu.

Przy realizacji tego typu zadania należy szczególnie zadbać o kwalifikacje osób, które je realizują oraz właściwe merytorycznie treści programu, które będą dostosowane do potrzeb odbiorców.

Należy mieć na uwadze, iż programy edukacyjne dla kandydatów na kierowców są często mylone z programami psychokorekcyjnymi dla osób zatrzymanych za jazdę w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu. Główny cel tych programów jest wspólny: zmniejszenie liczby kierowców jeżdżących pod wpływem alkoholu. Pod względem merytorycznym jednak są to dwa różne programy: o różnej dynamice, kierowane do dwóch różnych grup odbiorców (ze względu na specyfikę sytuacji), zawierające nieco inne treści programowe i wymagające różnych umiejętności osób prowadzących zajęcia. Program kierowany do osób, które prowadziły pojazd w stanie nietrzeźwości jest dłuższy i bardziej wielowymiarowy. W tworzeniu programu i prawidłowym jego przeprowadzeniu może być pomocne

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2012 r. (Dz.U. z 2013 r. poz. 9) w sprawie kursu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii oraz szczegółowych warunków i trybu kierowania na badania lekarskie lub badania psychologiczne w zakresie psychologii transportu. Zawiera ono szczegółowe wytyczne dotyczące zawartości merytorycznej ww. programu. Jednym z jego celów jest zmiana postaw i przekonań kierowców przez przepracowanie dotychczasowych doświadczeń kierowania pojazdami pod wpływem alkoholu. Natomiast program dla kandydatów na kierowców ma głównie charakter edukacyjno-profilaktyczny oraz ma na celu modelowanie właściwych zachowań w przyszłości.

Przeciwdziałanie nietrzeźwości w miejscach publicznych

Wprowadzenie

Działania zapobiegające nietrzeźwości w miejscach publicznych należą do katalogu zadań, jakie powinny się znaleźć w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Należy jednak pamiętać, że nie mogą one koncentrować się na rozwiązywaniu doraźnych problemów związanych z samą nietrzeźwością. Muszą obejmować szerszy kontekst, np. skupić się na tworzeniu i wzmacnianiu współpracy odpowiednich służb i instytucji. Należy podkreślić, że operacyjne i logistyczne zapewnienie bezpieczeństwa mieszkańcom i utrzymanie porządku publicznego nie należy do katalogu zadań gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (niezależnie od przyczyn określonych zdarzeń), ale zadań własnych gminy.

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

Podnoszenie kompetencji zawodowych przedstawicieli służb kontaktujących się z osobami nietrzeźwymi

Jedną z niewątpliwie potrzebnych umiejętności do skutecznego i profesjonalnego wykonywania swoich obowiązków wśród przedstawicieli służb jest umiejętność nawiązania kontaktu z osobą nietrzeźwą. W tym celu samorząd gminny ma możliwość organizacji lokalnych szkoleń dla przedstawicieli poszczególnych służb z zakresu komunikacji interpersonalnej, postępowania z klientami (petentami, pacjentami) będącymi pod wpływem alkoholu.

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

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

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 ok. 10% dorosłych mieszkańców Polski. Osoby pijące szkodliwie doświadczają z powodu picia negatywnych konsekwencji zdrowotnych, społecznych, psychologicznych, choć nie występuje u nich uzależnienie od alkoholu. Natomiast ryzykowne spożywanie alkoholu to picie nadmiernych ilości alkoholu (jednorazowo i łącznie w jednym czasie), które aktualnie nie pociągają za sobą negatywnych konsekwencji, ale można oczekiwać, że te pojawią się, o ile obecny model picia nie zostanie zmieniony.

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

Wdrażanie do podstawowej opieki zdrowotnej programów wczesnego rozpoznawania i krótkiej 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.

Część 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 szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej. W 2009 r. PARPA, 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 są umieszczone 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 uzależnienia od alkoholu z danego terenu oraz zaopatrzenie personelu POZ w materiały do wykonywania badań przesiewowych i w materiały dla pacjentów. Istotne 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

Samo badanie przesiewowe nie powinno kończyć kontaktu lekarza POZ z pacjentem. Istotą tej metody jest podjęcie interwencji, która w przypadku osoby z podejrzeniem uzależnienia powinna skutkować skierowaniem jej do placówki odwykowej, a w przypadku osoby pijącej szkodliwie lub ryzykownie – podjęciem ustrukturyzowanej rozmowy, mającej na celu zmotywowanie pacjenta do ograniczenia picia do poziomu obniżającego 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 podmiotem prowadzącym działalność leczniczą. Zgodnie z nimi wpłacano by 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

Samorząd, realizując poszczególne zadania gminnego programu, może powierzyć je organizacji pozarządowej lub wesprzeć organizację w realizacji zadań, które wpisują się w zawartość gminnego programu. Bieżące wydatki związane z działalnością organizacji pozarządowej (np. czynsz, zatrudnienie, zakup wyposażenia) mogą być finansowane przez samorząd gminny, jeżeli zostaną uwzględnione przy realizacji poszczególnych zadań objętych umową. Nie ma możliwości przekazania tzw. dotacji podmiotowej, która obejmowałaby tylko i wyłącznie finansowanie bieżących wydatków organizacji pozarządowej. Przy procedurze zlecania zadań organizacjom pozarządowym zastosowanie ma ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2010 r. Nr 234, poz. 1536).

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

Ruchy i społeczności trzeźwościowe mogą mieć zarówno nieformalny, jak i formalny charakter:

Ruch AA (Anonimowi Alkoholicy) z jego odgałęzieniami: AI-Anon (wspólnota rodzin i bliskich osób z problemem alkoholowym), AI-Ateen (wspólnota dla dzieci z rodzin z problemem alkoholo-

lowym) oraz DDA (wspólnota dorosłych osób pochodzących z rodzin alkoholowych). Ruch AA jest całkowicie pozaformalną, dobrowolną i nieprofesjonalną wspólnotą trzeźwościową. Zgodnie z ideami jego funkcjonowania, udzielanie jakichkolwiek dotacji z zewnątrz na rzecz działań lub programów każdego z tych ruchów jest niedozwolone, ponieważ narusza ich zasady ideowe oraz obowiązujące przepisy prawa. Możliwe jest natomiast nieodpłatne udostępnianie lokalu należącego do gminy na spotkania grup.

Grupa wsparcia – jedna z ważnych form samopomocy mająca nieformalny charakter. Z samej idei, o jej powstaniu, czasie trwania, celach decydują sami zainteresowani, czyli osoby, które łączą wspólny problem, np. chęć wspierania własnej trzeźwości czy radzenie sobie z negatywnymi przeżyciami, które są wynikiem nadużywania alkoholu przez osobę bliską. Z założenia powinny być to spotkania ludzi oparte na ich własnej inicjatywie i potrzebie korzystania ze wzajemnej pomocy. Jednak często dzieje się tak, że grupy takie powstają „odgórnie”, z inicjatywy instytucji bądź profesjonalistów. Jeżeli wychodzą naprzeciw potrzebom danej społeczności, to z powodzeniem mogą spełniać swoją rolę.

Klub abstynenta – nazwy tej często nieśluszenie używa się zamiennie z nazwą stowarzyszenie abstynenckie. W dużej mierze stowarzyszenia trzeźwościowe prowadzą kluby abstynenckie. Często powstają one na bazie klubu. W istocie jednak klub abstynenta jest wspólnotą nieformalną. Jest miejscem gdzie prowadzone są różnorodne działania wspierające trzeźwość jego członków, ich rodzin, a także propagujące tę ideę dla i w społeczności lokalnej. Są miejscem spotkań i wspólnego spędzania czasu zarówno członków klubu, jak i osób z zewnątrz. Kluby często posiadają określone formy i reguły członkostwa, regulaminy czy strukturę organizacyjną, jednak to nie czyni ich formalną organizacją.

Stowarzyszenie abstynenckie/trzeźwościowe – jest podstawową formą organizacyjno-prawną przewidzianą w celu realizacji konstytucyjnego prawa swobody zrzeszania się. Jego działalność opiera się na ustawie z dnia 7 kwietnia 1989 r. Prawo o stowarzyszeniach (Dz.U. z 2001 r. Nr 79, poz. 855 ze zm.), która określa, iż jest ono dobrowolnym, samorządnym, trwałym zrzeszeniem o celach niezarobkowych. Po spełnieniu wymogów formalno-prawnych i wpisaniu do rejestru zyskuje osobowość prawną i staje się podmiotem formalnym. Każde stowarzyszenie posiada własne, szczegółowe obszary działalności, które są zapisane w statucie.

Jednak ogólnie rzecz ujmując, można powiedzieć, że stowarzyszenia abstynenckie działają na dwóch płaszczyznach:

- wewnętrznej – na rzecz swoich członków, ich rodzin i innych osób, które do nich trafiają oraz
- zewnętrznej – na rzecz społeczności lokalnej.

Działania podejmowane przez stowarzyszenia abstynenckie obejmują następujące obszary:

- trzeźwościowy (w tym rehabilitacyjny),

-
- pomocowy (w tym interwencyjny),
 - na rzecz promowania abstynencji i zdrowego stylu życia,
 - kulturalno-towarzyski, promujący zdrowy i trzeźwy styl życia,
 - ukierunkowany na dzieci i młodzież (trzeba jednak pamiętać, że realizacja programów profilaktycznych czy interwencyjnych adresowanych do dzieci i młodzieży wymaga specjalistycznego przygotowania; ukończenie własnej terapii nie jest w tym względzie wystarczające),
 - współpracy, współdziałania na rzecz i ze społecznością lokalną,
 - współpracy z innymi organizacjami i instytucjami,
 - promocji działań.

Stowarzyszenia abstynenckie podejmują aktywności ukierunkowane na wspieranie abstynencji i trzeźwienia, pomoc w rozwiązywaniu różnorodnych problemów, nawiązywanie kontaktu z osobami uzależnionymi, motywowanie ich do leczenia odwykowego. Podejmują też interwencje wobec osób z problemem alkoholowym. Organizują różnego rodzaju zajęcia rehabilitacyjne skierowane do osób uzależnionych i członków ich rodzin, ucząc umiejętności psychologicznych, społecznych i praktycznych. Oddziaływania te są niezwykle istotnym elementem w procesie zdrowienia, zapobiegają one wykluczeniu społecznemu i zapewniają integrację społeczną osobom z problemem alkoholowym.

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

Stowarzyszenia prowadzą również niezwykle cenne działania z zakresu promowania zdrowego i trzeźwego stylu życia dla osób dorosłych, ale również dzieci i młodzieży. Najczęściej spotykane formy to sport, turystyka, wspólne wyjazdy, organizowanie „dni trzeźwości”, festynów czy wspólnych wieczorów tematycznych. Różnorodne aktywności mają na celu nie tylko propagowanie trzeźwości, ale również spełniają ważną funkcję promocji i integracji działań samych stowarzyszeń.

Kolejnym ważnym nurtem w pracy stowarzyszeń powinna być ich wspierająca rola w lokalnym systemie rozwiązywania problemów alkoholowych. Po pierwsze, przez włączenie się stowarzyszeń abstynenckich w prace związane z opracowywaniem gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Konsultacja programu ze środowiskiem abstynenckim może wiele wnieść w zakresie jego dostosowania do lokalnych potrzeb i właściwego zdefiniowania priorytetów wśród planowanych działań. Po drugie, przez nawiązanie i utrzymywanie

stałej współpracy m.in. z samorządami, lecnictwem odwykowym, pomocą społeczną, gminną komisją rozwiązywania problemów alkoholowych oraz innymi instytucjami i organizacjami pozarządowymi.

W celu podniesienia efektywności i jakości działań podejmowanych przez stowarzyszenia abstynenckie a także porządkowania i stabilizowania zasad współpracy na szczeblu samorząd – stowarzyszenia abstynenckie, z inicjatywy Krajowej Rady Związków i Stowarzyszeń Abstynenckich, we współpracy partnerskiej z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Warszawie oraz Centrum Promocji i Rozwoju Inicjatyw Obywatelskich „OPUS” w Łodzi został przygotowany i zrealizowany projekt **„Standardy działań stowarzyszeń abstynenckich”** w ramach ogłoszonego konkursu nr DWF_5.4.2_9_2011 pt. „Wypracowanie i upowszechnianie standardów działania trzeciego sektora, zapewniających wysoką jakość realizacji zadań publicznych oraz uzgadniania polityk publicznych we współpracy z administracją publiczną” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Projekt obejmował kilka etapów i był realizowany od kwietnia 2012 r. do września 2013 r.

Projekt rozpoczął się od powołania panelu ekspertów, którego zadaniem było wypracowanie standardów działań stowarzyszeń abstynenckich. Członkowie panelu ekspertów reprezentowali różne środowiska, mieli doświadczenie i kwalifikacje zarówno w kwestiach merytorycznych, jak również formalno-prawnych dotyczących standardów. I tak, w panelu ekspertów uczestniczyło: dwóch przedstawicieli związków stowarzyszeń abstynenckich, przedstawiciel Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, dwóch przedstawicieli samorządu (szczebla wojewódzkiego i gminnego), specjalista w zakresie opracowania i wdrażania standardów oraz specjalista ds. zarządzania organizacją. Kolejne etapy obejmowały wyłonienie i przygotowanie 20 osób do pomocy stowarzyszeniom abstynenckim we wprowadzaniu standardów. Konsultanci promowali standardy w swoich regionach, przekazywali uwagi i wątpliwości związane z wprowadzanymi zasadami do realizatorów projektu. Każdy z konsultantów był objęty pomocą superwizora.

Pilotażowe wdrażanie standardów odbyło się w 10 Związkach Abstynenckich w województwach: kujawsko-pomorskim, lubelskim, łódzkim, mazowieckim, podlaskim, pomorskim, śląskim, świętokrzyskim, wielkopolskim i regionie częstochowskim. W każdym z nich wybrano 6 stowarzyszeń, które wyraziły chęć uporządkowania swojej działalności według opracowanych standardów. Każda organizacja została poddana 2 superwizjom obejmującym zakres wsparcia konsultanta oraz stan realizacji standardów. Pozytywny wynik superwizji skutkowało wydaniem rekomendacji superwizora do otrzymania certyfikatu potwierdzającego, że organizacja działa zgodnie ze standardami.

Certyfikat potwierdza prawidłowe funkcjonowanie stowarzyszenia, daje rekomendacje dla działań konkretnej organizacji na rzecz osób uzależnionych i ich rodzin.

Projekt zakończono przeprowadzeniem 16 seminariów zorganizowanych w każdym województwie, na których przybliżono zapisy standardów, ich główne założenia i cele do osiągnięcia poprzez ich wdrożenie. Uczestnikami seminariów byli przedstawiciele samorządów regionalnych i lokalnych, członkowie gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, członkowie organizacji abstynenckich, osoby pracujące w środowisku osób uzależnionych i członków ich rodzin. Ponadto została wydana publikacja „Jak prowadzić stowarzyszenie abstynenckie – standardy działań”.

Każdy ze standardów został opracowany według jednolitego schematu i zawiera:

- krótkie wprowadzenie,
- cel główny i cele szczegółowe,
- odbiorcy/adresaci danego standardu,
- zakres tematyczny działań,
- formy realizacji działań,
- warunki osobowe realizacji standardu,
- warunki techniczne realizacji standardu,
- źródła weryfikacji realizowanego standardu,
- sposób oceny realizacji,
- narzędzia oceny,
- szacowane koszty realizacji standardu (jako punkt odniesienia, a nie wyznacznik do zastosowania).

Opracowano 3 podstawowe standardy:

- Organizacyjno-formalny.
- Prowadzenie działań na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.
- Współpraca stowarzyszeń abstynenckich z podmiotami zewnętrznymi, samorządem lokalnym, w tym z gminnymi komisjami rozwiązywania problemów alkoholowych.

Oraz 2 standardy zaawansowane:

- Prowadzenie działań na rzecz aktywizacji zawodowej osób objętych działaniami stowarzyszenia abstynenckiego.
- Programy edukacyjne dla przedstawicieli samorządów lokalnych, stowarzyszeń abstynenckich oraz członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.

Celem **standardu organizacyjno-formalnego** jest uporządkowanie i ujednolicenie działań stowarzyszeń abstynenckich na poziomie organizacyjnym i formalnym, zwiększenie kompetencji osób zarządzających organizacją, a także podnoszenie jakości działań. Dla realizacji misji stowarzyszenia abstynenckiego kluczowe znaczenie mają działania merytoryczne skierowane bezpośrednio do członków, jak i innych odbiorców pomocy. Działania te muszą być prowadzone zgodnie z obowiązującym prawem i przepisami. Dla dobrej skuteczności, jakości i stabilności działań wypełniających misję organizacji, podstawowe znaczenie ma obszar dotyczący zarządzania organizacją, w tym zarządzania finansami oraz tworzenia warunków techniczno-organizacyjnych dla prowadzonych działań statutowych.

Dokładne sprecyzowanie **standardu prowadzenia działań na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych** ma na celu zwiększanie jakości działań prowadzonych przez stowarzyszenia abstynenckie skierowanych do osób z problemem alkoholowym oraz członków ich rodzin. W szczególności poprzez nabycie lub zwiększanie motywacji osób uzależnionych i współuzależnionych do podjęcia psychoterapii w zakładach leczenia odwykowego, zwiększanie wsparcia osób po zakończonym leczeniu, pomocy w zdrowieniu i utrzymaniu abstynencji, niwelowanie skutków związanych z problemem alkoholowym, nabycie lub zwiększanie motywacji przez osoby pijące ryzykownie i szkodliwie do zmiany szkodliwego wzoru picia, stworzenie lub poszerzenie oferty oraz różnorodności form działań profilaktycznych skierowanych do społeczności lokalnej.

Standard **Współpraca stowarzyszeń abstynenckich z podmiotami zewnętrznymi, samorządem lokalnym, w tym z gminnymi komisjami rozwiązywania problemów alkoholowych** to odpowiedź na potrzebę rozwoju stowarzyszeń abstynenckich w zakresie umocnienia pozycji, rozwijania współpracy ze społecznością lokalną, zwiększania wiedzy o ich misji oraz budowania pozytywnego wizerunku stowarzyszeń w społecznościach lokalnych. Nawiązywanie relacji i kontaktów z innymi instytucjami działającymi w tym samym czy podobnym obszarze pozwala nie tylko utrzymać określony poziom danego stowarzyszenia, ale także pomaga tym stowarzyszeniom w ich rozwoju. Mogą one gromadzić doświadczenia, czerpać od innych dobre przykłady i stosować sprawdzone metody i formy pracy. Współpraca z samorządami pozwala na pełniejsze realizowanie zadań statutowych stowarzyszeń i może dać szersze możliwości do działania nie tylko w wymiarze finansowym, ale także merytorycznym, organizacyjnym czy rzeczowym.

Standard zaawansowany **Prowadzenie działań na rzecz aktywizacji zawodowej osób objętych działaniami stowarzyszenia abstynenckiego** jest odpowiedzią na stale rosnącą potrzebę poszerzania oferty działań stowarzyszeń abstynenckich, także w zakresie aktywizacji zawodowej osób objętych działaniami stowarzyszeń. Z problemem alkoholowym, obok problemu przemocy w rodzinie, problemów zdrowotnych, konfliktów z prawem, wiąże się często bezrobocie i ubóstwo. Długotrwałe pozostawanie bez pracy powoduje wykluczenie społeczne i zawodowe. Szczególnie osoby uzależnione od alkoholu znajdują się w trudnej sytuacji na rynku pracy często ze względu na niskie kwalifikacje bądź przerywane zdobywanie kwalifi-

kacji czy przypadkowe doświadczenia zawodowe. Trudności ze znalezieniem pracy są często przyczyną nawrotów uzależnienia. Praca daje zabezpieczenie finansowe, wypełnia czas, daje poczucie przynależności do określonej grupy zawodowej i może sprawiać wiele przyjemności, a także poczucie spełnienia. Osoba z problemem alkoholowym lub osoba z bliskiego otoczenia, by skutecznie mogła poradzić sobie z problemami, oprócz terapii, programów wspomagających wytrwanie w trzeźwości czy wsparcia socjalnego, potrzebuje także pomocy w zakresie zdobycia pracy i podnoszenia kwalifikacji.

Zaawansowany standard **Programy edukacyjne dla przedstawicieli samorządów lokalnych, stowarzyszeń abstynenckich oraz członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych** przede wszystkim ma na celu podniesienie i ujednolicenie wiedzy, kompetencji i umiejętności osób pracujących w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych, a także zwiększenie zakresu i poziomu współpracy międzypodmiotowej. Obecnie nie ma jasno sprecyzowanego zakresu szkoleń dla osób zajmujących się profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych z uwzględnieniem stowarzyszeń abstynenckich. Jednolite programowo szkolenie dla przedstawicieli zarówno samorządów lokalnych, przedstawicieli stowarzyszeń abstynenckich, jak i członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, czyli podmiotów, które na poziomie lokalnym powinny tworzyć podstawę inicjującą działania w tym obszarze, staje się niezbędnym warunkiem zwiększania skuteczności działań w dziedzinie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych.

Treść standardów, narzędzia samooceny służące do bieżącej diagnozy sytuacji stowarzyszenia abstynenckiego w procesie wdrażania standardów, jak również inne pomocne dokumenty dotyczące standaryzacji można pobrać ze strony: www.krajowarada.pl

Realizacja projektu miała bezpośredni wpływ na rozwój i poprawę funkcjonowania zarówno 60 organizacji uczestniczących w programie, jak również na ich członków i beneficjentów korzystających z ich pomocy.

Należy jednak zaznaczyć, iż potrzeby są dużo większe, a opracowanie ogólnopolskich standardów pracy stowarzyszeń abstynenckich daje niepowtarzalną szansę na rozwój i profesjonalizację działalności stowarzyszeń abstynenckich, a także podniesienie jakości współpracy samorządów z organizacjami pozarządowymi, działającymi w sektorze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. W dalszej perspektywie daje możliwość zwiększenia istotnej roli organizacji abstynenckich w realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych z korzyścią dla odbiorców działań w społecznościach lokalnych.

Kontynuacja rozpoczętego procesu standaryzacji nie będzie możliwa bez wsparcia ze strony samorządów lokalnych. Po pierwsze w zakresie pomocy i monitorowania stowarzyszeń, które już wdrożyły standardy, po drugie w zakresie upowszechniania i wprowadzania w kolejnych stowarzyszeniach standardów działań.

Partnerami dla gminy w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych są też kościoły i związki wyznaniowe. W Polsce to Kościół katolicki zrzesza największą liczbę wyznawców. Mimo to, w dialogu z samorządem gminnym, inne kościoły i związki wyznaniowe czy wspólnoty i ruchy religijne powinny mieć taką samą pozycję i być traktowane jako równorzędny partner do rozmowy. Zasady współpracy z nimi w zakresie realizacji zadań z obszaru pożytku publicznego określa również ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Poza wspomaganie działalności organizacji pozarządowych, zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, samorzady powinny wspomagać w działaniach służących rozwiązywaniu problemów alkoholowych również instytucje i osoby fizyczne.

Jedną z ważnych, a niezwykle rzadko stosowanych przez gminy w praktyce, jest możliwość realizowania działań profilaktycznych w środowisku pracy. W dobie spowolnienia gospodarczego, kiedy praca staje się dobrem niezwykle istotnym, umiejętności pracowników radzenia sobie z sytuacjami problemowymi spowodowanymi przez picie alkoholu, a także umiejętność wspieranie przez pracodawców może mieć wpływ na jakość i sprawne funkcjonowanie przedsiębiorstwa.

Działania profilaktyczne mogą być realizowane we współpracy z pracodawcami działającymi na terenie gminy. Mogą się w nie włączyć także przedstawiciele stowarzyszeń abstynenckich czy innych społeczności trzeźwościowych.

Działania realizowane w ramach programów profilaktycznych, obejmujące środowisko pracy, mogą być realizowane w miejscu pracy i kierowane do załogi i kadry kierowniczej. W odniesieniu do konkretnych problemów lub sytuacji określanych jako problematyczne, np. przychodzenie do pracy „na kacu”, częste zwolnienia, zmniejszenie wydajności pracy, pogorszenie relacji interpersonalnych należy dobrać adekwatne środki działania. Ważne jest zaangażowanie w działania jak największej liczby osób zarówno przedstawicieli załogi, np. związków zawodowych, jak i kadry zarządzającej średniego i wysokiego szczebla. Pomoże to w przełamaniu obaw, które mogą towarzyszyć wprowadzaniu nowych rozwiązań, a także zapewni lepsze zrozumienie celów i motywów realizacji podejmowanych działań. Ograniczanie czynników ryzyka i wzmacnianie kompetencji i umiejętności pracowników w odniesieniu do problemów powodowanych przez picie alkoholu mogą być skutecznymi strategiami w ramach programów profilaktycznych.

W ramach powyższych strategii mogą być prowadzone wielorakie działania:

- kampanie informacyjne – gdzie szukać pomocy, jak reagować w sytuacji ujawnienia się problemów powodowanych przez alkohol,
- edukacyjne – dotyczące wzorów picia, szkód powodowanych przez alkohol, zmiany zachowań np. sposobów odmawiania picia alkoholu, czy wreszcie szkoleń kierowanych do kadry zarządzającej, przygotowujących do podejmowania interwencji wobec pracowników.

Zasady udziału tych podmiotów w realizacji gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, z uwzględnieniem odrębnych przepisów dotyczących dofinansowania/finansowania realizowanych przez nie zadań, są takie same jak w przypadku organizacji pozarządowych. Warto podkreślić, że „wspomaganie działalności służb i instytucji” nie jest tożsame tylko i wyłącznie z udzielaniem wsparcia finansowego. Oznacza bowiem nawiązanie współpracy służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych, również bez przekazywania środków finansowych. Prawidłowa 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 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. Istnieje wiele innych instytucji, które można i należy angażować oraz włączać do współpracy w tym zakresie. Należą do nich m.in.: policja, sądy, kuratorzy, szkoły (nauczyciele i pedagodzy), ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, przychodnie, szpitale.

Nie jest możliwe finansowanie bieżącego funkcjonowania izb wytrzeźwień ze środków pochodzących z opłat za korzystanie z zezwoleń, ponieważ jest to zadanie gmin związane z zabezpieczeniem porządku publicznego, wynikające z ustawy o samorządzie gminnym. Możliwe jest natomiast wsparcie finansowe realizacji 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 przez 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, sprzedaży pod zastaw i na kredyt oraz złamania zakazów promocji i reklamy napojów alkoholowych gmina może podejmować interwencje oraz występować przed sądem jako oskarżyciel publiczny, czyli występować z aktem oskarżenia bezpośrednio do sądu z pominięciem prokuratora. Postępowanie z tego zakresu prowadzone jest na podstawie przepisów o postępowaniu karnym. Sprawy, w których gmina występuje jako oskarżyciel publiczny, odbywają się w trybie uproszczonym. Wniesienie aktu oskarżenia do sądu musi być poprzedzone przeprowadzeniem postępowania dowodowego.

Organy uprawnione do prowadzenia dochodzeń w sprawach karnych określa Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 czerwca 2003 r. w sprawie określenia organów uprawnionych obok policji do prowadzenia dochodzeń oraz organów uprawnionych do wnoszenia i popierania oskarżenia przed sądem pierwszej instancji w sprawach podlegających rozpoznaniu w postępowaniu uproszczonym, jak również zakresu spraw zleconych tym organom (Dz.U. Nr 108, poz. 1019 ze zm.). Nie wymieniono w nim organu samorządu terytorialnego, a zatem gmina nie jest upoważniona do prowadzenia takiego postępowania. Art. 4¹ ust. 1 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 kpk. Projekt aktu oskarżenia może przygotować policja, ale sam akt oskarżenia sporządza i kieruje do sądu gmina. Sąd może go oddalić 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, że 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, a w razie potrzeby reprezentował gminę przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego.

ROZDZIAŁ VI

Wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej

Jednym z zadań własnych samorządów gminnych realizowanych w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (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. z 2011 r. Nr 43, poz. 225) centrum integracji społecznej (CIS) może być tworzone przez jednostkę samorządu terytorialnego w formie jednostki budżetowej lub samorządowego zakładu budżetowego, oraz przez organizację pozarządową lub podmiot, o którym mowa w art. 3 ust. 3 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2010 r. Nr 234, poz. 1536 ze zm.).

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, przy czym możliwość ta nie dotyczy Centrum działającego w formie jednostki budżetowej. Należy jednak zwrócić uwagę na to, że zgodnie z art. 1 ust. 2 ww. ustawy w zajęciach reintegracyjnych oferowanych przez CIS mogą uczestniczyć:

- bezdomni realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- uzależnieni od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego,
- uzależnieni od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej,
- chorzy psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,

-
- długotrwale bezrobotni w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
 - zwalniani z zakładów karnych, mający trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
 - uchodźcy realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

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

Realizacja tego zadania może się odbywać również przez 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

W art. 21 ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi ustanawia zasadę dobrowolności leczenia odwykowego osób uzależnionych od alkoholu. Zgodnie z tym 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 unormowana 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 spokój lub porządek publiczny. Oznacza to, że sam fakt uzależnienia od alkoholu nie może stanowić samej 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 dla miejsca jej zamieszkania lub przebywania, na wniosek właściwej terytorialnie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych lub prokuratora.

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

- przyjęcie zgłoszenia o przypadku wystąpienia nadużywania alkoholu z jednoczesnym wystąpieniem przesłanek z art. 24 ustawy,
- zaproszenie na rozmowę osoby, co do której wpłynęło zgłoszenie i pouczenie jej o konieczności zaprzestania działań wymienionych w art. 24 ustawy i poddania się leczeniu odwykowemu

mu. Należy podkreślić, że jakkolwiek postępowanie przed gminną komisją nie jest postępowaniem administracyjnym w rozumieniu art. 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, to wszelkie pisma urzędowe kierowane do strony w toku tego postępowania powinny spełniać wymogi formalne wskazane w tym akcie,

- jeżeli osoba wezwana nie zgodzi się dobrowolnie poddać leczeniu, a wstępne czynności przeprowadzone w sprawie uzasadniają kontynuowanie postępowania, uzasadnione jest skierowanie takiej osoby na badanie przez biegłych (psycholog lub specjalista psychoterapii uzależnień i psychiatra) w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego (art. 25 ustawy),
- przygotowanie dokumentacji związanej z postępowaniem sądowym wraz z opinią wydaną przez biegłego (art. 26 ust. 3 ustawy), do której należą: opinia wydana przez biegłych, protokół z rozmowy z osobą zgłaszającą do komisji przypadek nadużywania alkoholu, protokół z rozmowy z osobą uzależnioną od alkoholu, o ile do takiej rozmowy doszło, inne informacje w sprawie, jeśli osoba uzależniona nie stawiła się na rozmowę w terminie wskazanym przez komisję ani też na badanie przez biegłych, do wniosku należy dołączyć informację o podjętych w tej sprawie czynnościach (liczba i terminy wezwań wraz z informacją o niestawieniu się osoby wzywanej),
- 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. z 2010 r. Nr 90, poz. 954 z późn. zm.) od wniosku o wszczęcie postępowania nieprocesowego pobiera się opłatę stałą w wysokości 40 zł. Zgodnie z art. 96 ust. 1 ww. 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, która nie jest 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). Oznacza to, 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 polega 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 ono 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 takiej placówce wbrew jego woli. Zarazem jednak należy podkreślić, że z brzmienia ust. 1 art. 32 ustawy wynika w sposób niebudzący wątpliwości, że osoba, wobec której wydano postanowienie, jest obowiązana stawić się w zakładzie lecznictwa 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 lecznictwa odwykowego uzależnienie jest przede wszystkim kategorią medyczną. Celem bezpośrednim placówek służby zdrowia nie jest naprawa rzeczywistości społecznej, lecz leczenie uzależnienia. Leczenie nie jest karą za zachowania osoby uzależnionej naruszające 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 do leczenia nie zmienia się odsetek osób rozpoczynających i kończących leczenie podstawowe; leczenie rozpoczyna 56% zobowiązanych, a kończy je nieco mniej niż połowa podejmujących leczenie. W sumie 29% zobowiązanych rejestrowanych w placówkach kończy program podstawowy. 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 lecznictwa odwykowego wskazują, że osoby zobowiązane rzadziej 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 psychicz-

nego 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 zakładzie opiekuńczo-lecznym, bądź w domu pomocy społecznej. Placówki 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 placówce leczniczej nie jest izolacja pacjenta od otoczenia czy ochrona rodziny przed przemocą domową stosowaną przez pacjenta. Ten cel musi być realizowany w inny sposób, chociaż zobowiązanie do leczenia może być jednym z elementów pomagania osobom doznającym przemocy.

Placówki leczenia uzależnienia od alkoholu nie pełnią roli aresztów. Ochronę rodziny osoby uzależnionej przed przemocą powinny zapewnić interdyscyplinarne oddziaływania służb i instytucji działających w ramach zespołów interdyscyplinarnych oraz realizujących procedurę „Niebieskie Karty”. 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 mała. W 2012 r. liczba osób oczekujących na umieszczenie w zakładzie stacjonarnym wyniosła 14.000.

Biegli sądowi

Od 31 grudnia 2007 roku obowiązuje, wydane na podstawie delegacji określonej w art. 28a ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu (Dz.U. Nr 250, poz. 1883 ze zm.).

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

Rozporządzenie modyfikuje także nieco tryb powoływania biegłych. Kandydatów do listy biegłych, po uzyskaniu ich pisemnej zgody, zgłasza właściwemu terytorialnie prezesowi sądu okrę-

gowego 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/specjalistę psychoterapii uzależnień, 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 zaznaczony w opinii.

Rozdział VIII

Kompetencje członków gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych

Ustawodawca w art. 4¹ ust. 4 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi jednoznacznie wymaga, aby osoby wchodzące w skład gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych **posiadały odpowiednie przeszkolenie z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych**. Ustawa wprawdzie nie precyzuje zakresu szkoleń, jakie powinni ukończyć członkowie gminnej komisji, ale należy przyjąć, że kompetencje i umiejętności osób wchodzących w skład komisji powinny być ściśle powiązane z zadaniami, jakie komisja realizuje. Członek gminnej komisji powinien posiadać wiedzę dotyczącą następujących zagadnień:

- 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 i grupach roboczych, procedura „Niebieska Karta”,
- skuteczne strategie profilaktyczne, profilaktyka szkolna, środowiskowa i rodzinna, standardy programów profilaktycznych oraz ich ewaluacja,
- system rozwiązywania problemów alkoholowych w Polsce oraz budowanie gminnych programów i ich ewaluacja,
- zasady wydawania i cofania zezwoleń oraz prowadzenie kontroli punktów sprzedaży napojów alkoholowych, lokalne strategie ograniczania dostępności alkoholu,

- kontakt z klientem gminnej komisji – osobą uzależnioną, współuzależnioną, ofiarą i sprawcą przemocy (dotyczy to przede wszystkim tych członków komisji, którzy takie rozmowy prowadzą).

Wszyscy członkowie komisji, niezależnie od tego, jakie zawody reprezentują, powinni posiadać przynajmniej podstawowy poziom interdyscyplinarnej wiedzy z zakresu rozwiązywania problemów alkoholowych w społeczności lokalnej. Komisja bowiem działa kolegialnie, a to oznacza, że wszyscy jej członkowie wspólnie opiniują projekt gminnego programu. Warto też zwrócić uwagę na konieczność systematycznego podnoszenia swoich kwalifikacji, ponieważ wciąż pojawiają się nowe metody pracy w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych. By wyjść naprzeciw oczekiwaniom osób zajmujących się profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych, powstał Program potwierdzania kwalifikacji osób pracujących w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych. Uzyskanie certyfikatu specjalisty w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w społecznościach lokalnych stanowi gwarancję posiadania interdyscyplinarnej wiedzy zweryfikowanej przez Zespół Ekspertów ds. Lokalnych i Regionalnych Programów Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych działający przy Dyrektorze PARPA. Szczegółowe informacje na temat programu certyfikowania, mogą Państwo znaleźć na stronie www.parpa.pl.

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 oraz konieczność sprawdzenia czy osoby/wykładowcy realizujący poszczególne tematy zajęć posiadają odpowiednie kompetencje i praktyczne doświadczenie. PARPA zwraca także uwagę, iż wykładowcy omawiający zagadnienia prawne (np. z prawa karnego, cywilnego czy procesowego związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie) powinni posiadać wykształcenie prawnicze. Na wykształcenie prawnicze zwraca też uwagę Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej w Wytycznych do prowadzenia szkoleń w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie (na lata 2012–2013).

Rozdział IX

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 o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi 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, które nie działają 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. z 2013 r. poz. 885 ze zm.), odsyłając w tym zakresie do przepisów ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. 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 2013 r. poz. 907), 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 ww. 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 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 termi-

nów 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, że 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 ww. art. 5 ust. 1) nie wymaga stosowania procedur postępowania przetargowego. W przypadku bowiem zamówień przekraczających kwotę 14 000 euro netto zlecający może wyłonić realizatora w jednym z trybów o ograniczonej konkurencyjności. Zamawiający (w tym przypadku gmina) ma możliwość ustalenia kryteriów oceny ofert dotyczących właściwości dostawcy lub wykonawcy (kryteria podmiotowe). Kryteria te powinny określać najważniejsze cechy i właściwości, jakie powinien spełniać podmiot (osoba, firma itp.), któremu gmina zamierza zlecić realizację określonego zadania z zakresu ochrony zdrowia. W przypadku osób wspomniane kryteria mogą dotyczyć: wykształcenia, ukończonych szkoleń lub kursów specjalistycznych, posiadanych kompetencji i umiejętności praktycznych, lat praktyki i własnych doświadczeń zawodowych, pozytywnej oceny dotychczasowej współpracy z gminą. Należy podkreślić, że 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:

- **Wykład** – jest zorganizowaną formą przekazu wiedzy słuchaczom przez jedną osobę i najczęściej 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.
- **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.
- **Warsztaty** – zorganizowana forma działalności szkoleniowej, obejmująca praktyczne ćwiczenie określonych umiejętności związanych z wykonywanym zawodem, prowadzona na podstawie przygotowanego scenariusza, który określa 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”.

- **Trening psychologiczny (interpersonalny, asertywności itp.)** – specjalistyczna metoda oddziaływania psychologicznego, służąca zmianie określonych zachowań, rozwojowi osobistemu oraz nabyciu nowych umiejętności intrapsychicznych lub interpersonalnych. Typowa liczba uczestników w grupie to 10–15 osób. Do prowadzenia treningu konieczne są:
 - specjalistyczne umiejętności trenera wynikające ze szkolenia w zakresie treningu psychologicznego,
 - uzgodnienie z uczestnikami celów i metody treningu oraz zawarcie kontraktu,
 - odpowiednie warunki organizacyjne (czas, miejsce zajęć).

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

- **Dyżury i działania interwencyjno-wspierające** – tego typu działania są najczęściej podejmowane w ramach różnorodnych programów przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Mogą być prowadzone przy pomocy wolontariatu, a więc nieodpłatnego zaangażowania określonych osób, które pragną 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 wskázówek osobiście lub telefonicznie. Przy organizowaniu takich działań pożądane jest rozważenie, jakiego rodzaju kwalifikacje są potrzebne oraz promowanie wolontariatu popartego odpowiednim przeszkoleniem. Należy zwrócić uwagę na specyfikę usług konsultacyjnych wymagających wyższych kompetencji.
- **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.
- **Superwizja** – to specyficzna metoda szkolenia osób zajmujących się pomocą psychologiczną; analizowanie (pod kierunkiem wysokiej klasy specjalisty) doświadczeń i wydarzeń zachodzących w procesie prowadzenia psychoterapii indywidualnej lub grupowej.

Ustalanie stawek

Poniżej zaprezentowano stawki w odniesieniu do poszczególnych rodzajów zajęć. Należy podkreślić, że przedstawione poniżej ogólne limity stawek w formie tzw. widełek, pozwalają na zróżnicowanie wynagrodzenia w zależności m.in. od: 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.

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

- Programy szkoleniowe dla przedstawicieli wybranych profesji:
 - wykłady dydaktyczne – wynagrodzenie **150–500 zł**
 - wykład dydaktyczny powinien opierać się na konspekcie, którego udostępnienia może oczekiwać organizator szkolenia,
 - stosowanie stawki powyżej **300 zł** jest zarezerwowane dla wykładowców z wyższym wykształceniem,
 - przy sporządzaniu kalkulacji należy uwzględnić kwalifikacje prowadzących, liczbę godzin wykładowych i liczbę słuchaczy,
 - decyzje dotyczące limitu godzin dla poszczególnych typów zajęć w ciągu dnia podejmuje zleceniodawca, uwzględniając warunki i specyfikę szkolenia,
 - seminaria i warsztaty szkoleniowe dla profesjonalistów – wynagrodzenie **100–150 zł**
 - należy podać liczbę godzin, stawki, liczbę i wielkość grup oraz kwalifikacje prowadzących,
 - seminaria i warsztaty powinny być prowadzone na podstawie konspektu lub scenariusza, którego udostępnienie może być oczekiwane przez organizatora szkolenia,
 - treningi psychologiczne w małych grupach w ramach szkolenia profesjonalnego – wynagrodzenie **90–150 zł**
 - grupy do 15 uczestników może prowadzić jeden trener,
 - należy podać kwalifikacje prowadzących, liczbę i wielkość grup, stawki, liczbę godzin zajęć.

W przypadku realizacji programów stażowych, np. dla studentów, do umowy należy dołączyć 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.

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

- zajęcia profilaktyczne dla młodzieży – wynagrodzenie **30-75 zł**,

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

- zajęcia socjoterapeutyczne – wynagrodzenie **35-70 zł**,

Prowadzenie tego rodzaju zajęć wymaga podania liczby godzin, wielkości i liczby grup słuchaczy, stawek, a także kwalifikacji osób prowadzących. W przypadku programów socjoterapeutycznych uzasadnione jest finansowanie superwizji lub konsultacji dla zespołu. Stawki za superwizje mogą być ustalane w granicach **100-150 zł**.

- systematyczne dyżury interwencyjno-wspierające – wynagrodzenie **30-60 zł**.

- Programy terapeutyczne oraz pomoc rehabilitacyjna dla osób uzależnionych i członków ich rodzin, w tym DDA:

- godzina psychoterapii indywidualnej w ramach programu terapeutycznego – wynagrodzenie **60-80 zł**,

- godzina psychoterapii grupowej w ramach programu terapeutycznego – wynagrodzenie **70-90zł**,

- mikroedukacja dla pacjentów w programach terapeutycznych – wynagrodzenie **30-50 zł**,

- superwizja indywidualna lub grupowa specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień – wynagrodzenie **100-150 zł**.

- Działania interwencyjno-wspierające dla członków rodzin, w których występują problemy alkoholowe:

- systematyczne dyżury interwencyjno-wspierające – wynagrodzenie **30-50 zł**,

- zajęcia edukacyjno-korekcyjne dla sprawców przemocy – wynagrodzenie **40-65 zł**,

- konsultacje specjalistów (prawnik, lekarz, psycholog kliniczny) – wynagrodzenie **45-70 zł**,

- zajęcia terapeutyczne dla ofiar przemocy domowej **40-65 zł**.

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

Inne zadania i ich wynagradzanie

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

Wykonanie innych materiałów edukacyjno-terapeutycznych (kasety, plakaty itp.) – przy ustalaniu wynagrodzeń autorskich można oszacować liczbę godzin potrzebnych do faktycznego wykonania dzieła i posłużyć się stawką godzinową podobną do wynagrodzeń za warsztatową działalność szkoleniową.

W przypadku rozliczania kosztów delegacji służbowych należy umieścić odpowiednie zadanie w gminnym programie, np. „Podnoszenie kwalifikacji członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych oraz pełnomocnika poprzez udział w konferencjach, szkoleniach, warsztatach oraz związane z tym koszty udziału i dojazdu” oraz podać podstawę – sposób do rozliczania kosztów wyjazdów. Można w tej sprawie odwołać się do zarządzenia wójta/burmistrza w sprawie zwrotu kosztów podróży pracowników urzędu. Przy rozliczaniu tego zadania należy podać liczbę osób, tematykę i czas trwania szkolenia, instytucję szkolącą i rodzaje kosztów.

Jeżeli w ramach dotowanych zadań opracowywane są nowe technologie terapeutyczne, profilaktyczne, edukacyjne czy diagnostyczne, w umowach zastrzega się, że autorzy przekazują publicznie zleciłodawcy 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 kwota środków finansowych niewykorzystanych w danym roku budżetowym, powinna zwiększyć pulę środków przeznaczonych w następnym roku na realizację gminnych programów.

NOTATKI
