

# Rekomendacje

do realizowania i finansowania  
gminnych programów  
profilaktyki i rozwiązywania problemów  
alkoholowych w **2015** 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 978-83-88075-09-4

Wydanie I  
Warszawa 2014

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](mailto:parpa@parpa.pl);  
<http://www.parpa.pl>

## Spis treści

<b>WSTĘP</b> .....	5
<b>ROZDZIAŁ I</b>	
Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu .....	7
<b>ROZDZIAŁ II</b>	
Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie .....	24
<b>Rozdział III</b>	
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 .....	42
<b>Rozdział IV</b>	
Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych .....	63
<b>Rozdział V</b>	
Podjęcie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13 <sup>1</sup> i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego .....	70
<b>ROZDZIAŁ VI</b>	
Wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej .....	72
<b>Rozdział VII</b>	
Instytucja zobowiązania do leczenia odwykowego .....	74
<b>Rozdział VIII</b>	
Kompetencje członków gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych .....	79
<b>Rozdział IX</b>	
Dotatkowe informacje prawno-finansowe .....	81



## WSTĘP

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w 1996 roku wprowadziła obowiązek realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Ustawa w art. 4<sup>1</sup> stanowi, że „Prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu należy do zadań własnych gmin” W szczególności zadania te obejmują:

- zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu;
- udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie;
- prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych;
- wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych;
- podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13<sup>1</sup> i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego;
- wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej.

Realizując gminne programy należy bezwzględnie przestrzegać ustawowego wymogu, aby każde zadanie, które zostanie wpisane do gminnego programu miało związek z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, ponieważ tylko na takie zadania mogą zostać wydatkowane środki pochodzące z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych o czym mówi art. 11<sup>1</sup>.

„W celu pozyskania dodatkowych środków na finansowanie zadań określonych w art. 4<sup>1</sup> gminy pobierają opłatę za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych, o których mowa w art. 18”.

---

**Przykłady zadań, które nie mają związku z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych i nie powinny być finansowane w ramach gminnych programów**

- Udzielanie indywidualnej pomocy materialnej (np. zakup podręczników dla dzieci z rodzin alkoholowych, bony towarowe, żywność, zakup lekarstw i odzieży, dofinansowanie stołówki, dofinansowanie zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, dofinansowanie kosztów dojazdu na terapię).
- Utrzymanie boiska, budowa placów zabaw i boisk sportowych, budowa lodowiska, utrzymanie pływalni, finansowanie miasteczka rowerowego, modernizacja placu zabaw.
- Monitoring miejski.
- Dofinansowanie Uniwersytetu Trzeciego Wieku.
- Szczepienia ochronne.
- Prowadzenie ogrzewalni dla osób bezdomnych.
- Finansowanie działalności Izby Wyrzeźwiń.

Zgodnie z art. 18<sup>2</sup> ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi dochody z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych wykorzystywane będą jedynie na realizację gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, a także na zadania realizowane przez placówkę wsparcia dziennego, o której mowa w przepisach o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej i nie mogą być przeznaczone na inne cele. Kwestię finansowania w ramach gminnych programów placówek wsparcia dziennego wprowadziła do ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nowelizacja ustawy o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej z lipca 2014 roku.

Z zapisu art. 18<sup>2</sup> jasno wynika, że kwota środków finansowych niewykorzystanych w danym roku budżetowym powinna zwiększyć pulę środków przeznaczonych w następnym roku na realizację gminnych programów.

Niniejsza publikacja omawia sposoby realizacji poszczególnych zadań gminnego programu wskazanych w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Należy jednak pamiętać, aby wpisując poszczególne zadania do gminnego programu kierować się aktualną wiedzą i brać przede wszystkim pod uwagę ich skuteczność w realizacji celów gminnego programu.

## 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<sup>1</sup>.

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 z późn. zm.) 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. z 2013 r., poz. 217 z późn. zm.).

Uzależnienie od alkoholu jest zaburzeniem psychicznym i zaburzeniem zachowania, które w Polsce diagnozuje się na podstawie Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja 10 (ICD 10). W procesie diagnozowania uczestniczą lekarze psychiatry, specjaliści psychoterapii uzależnień i psychologowie z doświadczeniem klinicznym. Do ostatecznego postawienia diagnozy dotyczącej 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, naltrekson i nalmefen. Zważywszy na niepożądane działanie uboczne disulfiramu (Anticol, Esperal), nie powinien on być stosowany w dłuższych okresach. Anticol (tabletki) może być przyjmowany czasowo i tylko pod kontrolą lekarza, jako wsparcie oddziaływań psychologicznych czy psychote-

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

---

rapeutycznych u osób mających trudność z utrzymaniem abstynencji. Esperal (implant) w ogóle nie powinien być stosowany z powodu dowiedzionej badaniami 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 aktywnie korzystały również z oferty ruchów samopomocowych, przede wszystkim, aby systematycznie uczestniczyły w mityngach Anonimowych Alkoholików (AA) oraz w zajęciach organizowanych przez stowarzyszenia abstynenckie.

### **Wspieranie placówek leczenia uzależnienia od alkoholu**

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

- ograniczeniem dostępności świadczeń (długi okres oczekiwania na wizytę w poradni lub na miejsce na oddziale, krótki czas pracy poradni, mała intensywność świadczeń terapeutycznych),
- 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 pozwoli na realizację efektywnych programów psychoterapii uzależnienia i współuzależnienia. Jeżeli zaś na terenie gminy nie ma tego typu placówki, gmina powinna 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 podjęcie 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 r., poz. 182 z późn. zm.), zgodnie z którym do obowiązkowych zadań własnych gminy z zakresu pomocy społecznej należy przyznawanie zasiłków celowych w formie biletu kredytowanego.

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

Trzeba pamiętać, że realizacja zadań własnych gminy, wynikających z art. 4<sup>1</sup> ust.1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, nie powinna mieć charakteru jednorazowego dofinansowania świadczeń bądź pomocy materialnej dla indywidualnych osób.

**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. Ustawa ta wprowadziła bardzo istotne zmiany dotyczące przekazywania środków publicznych podmiotom prowadzącym działalność leczniczą.

W pierwszej kolejności należy zaznaczyć, że pozyskiwanie środków publicznych przez podmioty prowadzące działalność leczniczą nie jest zróżnicowane rodzajem danego podmiotu ani jego formą organizacyjno-prawną. Warto przypomnieć, iż zgodnie z obowiązującą uprzednio ustawą o zakładach opieki zdrowotnej odmiennie ukształtowano możliwości pozyskiwania środków publicznych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej, inaczej zaś przez zakłady niepubliczne. Obecnie środki publiczne mogą być przekazywane wszystkim podmiotom leczniczym, a zatem zgodnie z art. 4 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 zdrowot-

nych. 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 obowiązku 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. 114 ust. 1 pkt 5 ustawy o działalności leczniczej, to zastosowania nie znajduje również zapis art. 114 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<sup>2</sup>, dowodzą 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 oraz 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 jedynie podstawowego programu psychoterapii uzależnienia lub tylko części świadczeń w ramach programu podstawowego. Rekomenduje się zakup ponadpodstawowego programu terapii uzależnienia lub elementów brakujących do 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-

---

<sup>2</sup> IX Raport Specjalny dla Kongresu USA, Wydawnictwo PARPA, Warszawa 2002.

rapeutycznej<sup>3</sup>. 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 niedostateczna wysokość środków w ramach kontraktu z NFZ. Zakup indywidualnych sesji psychoterapeutycznych, celem zwiększenia ich ilości w programie, może w istotny sposób poprawić efekty leczenia osób uzależnionych.

### **Programy ograniczania picia alkoholu**

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 rozpoczęcia leczenia nie akceptuje tego celu. Jest on dla nich zbyt trudny do osiągnięcia. Dlatego innym celem leczenia może być ograniczanie spożywania alkoholu i redukcja szkód wynikających z picia. Doświadczenia specjalistów pracujących nad ograniczaniem picia przez osoby uzależnione dowodzą, że część pacjentów po pewnym czasie sama wybiera abstynencję. Ich leczenie jest wówczas znacznie bardziej efektywne niż w sytuacji, gdy uczestniczą w terapii, której cel został im narzucony.

Programy nakierowane na redukcję picia 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. mają uszkodzenia organiczne mózgu, są upośledzeni umysłowo), osób dysponujących zbyt małymi zasobami osobistymi i społecznymi, aby utrzymać abstynencję.

Rekomenduje się poszerzanie ofert placówek leczenia uzależnienia od alkoholu o programy nakierowane na ograniczenie spożywania alkoholu oraz finansowe wspieranie szkoleń terapeutów w zakresie umiejętności pracy terapeutycznej ukierunkowanej na ograniczanie spożywania alkoholu przez pacjentów.

### **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.

---

<sup>3</sup> W. Miller, „Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji”, PARPAMEDIA, Warszawa 2009.

---

Młodzież wymaga innego podejścia, uwzględnienia w programie faktu używania różnych substancji psychoaktywnych, specyfiki wieku rozwojowego, konstruktywnego zagospodarowania wolnego czasu, poczucia przynależności i funkcjonowania w grupach rówieśniczych.

Z terapeutycznego punktu widzenia w pracy z młodymi ludźmi ważne są także wyjazdy terapeutyczne, turnusy rehabilitacyjne, zajęcia treningowe. Integralną część programu powinny stanowić również zajęcia edukacyjno-terapeutyczne dla rodziców/opiekunów oraz praca z całą rodziną.

Programy zdrowotne dla dzieci i młodzieży są droższe i wymagają więcej czasu na realizację, 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 przemocy i osób stosujących przemoc**

W rodzinach z problemem alkoholowym często dochodzi także do przemocy. Dlatego niezwykle istotne jest, aby w placówkach leczenia uzależnień przeprowadzono wstępną diagnozę zjawiska przemocy domowej u każdego nowego pacjenta. W niektórych placówkach prowadzone są programy terapii dla osób doświadczających przemocy oraz programy terapii dla osób ją stosujących. Gmina powinna wspierać finansowo zakup tych programów, a także wyposażyć biblioteczkę placówek w publikacje o tematyce przemocy oraz zadbać o przeszkolenie w tym kierunku wybranych pracowników zajmujących się terapią osób uzależnionych.

### **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. W tym przypadku stosowną podstawą prawną dofinansowania jest zapis w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia kładzie coraz większy nacisk na posiadanie przez terapeutów certyfikatów specjalisty i instruktora terapii uzależnień. Liczba pracowników, którzy mają certyfikaty oraz stopień zaawansowania terapeutów w procesie kształcenia umożliwia realizowanie poszczególnych świadczeń i ich zakup przez NFZ.

### **Dofinansowanie obligatoryjnych 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 alkoholików (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.

Wobec licznych sytuacji nieprawidłowego używania w dokumentacji medycznej i na pieczętkach terapeutów tytułów zawodowych specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień wyjaśniamy, że:

- specjalista psychoterapii uzależnień to osoba, która posiada:
  - tytuł zawodowy lekarza, tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub tytuł magistra uzyskany na 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 to osoba, która 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 na 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,.
  - 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,.

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.

Osoby, które nie mają certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień nie mają prawa posługiwać się tymi tytułami zawodowymi niezależnie od poziomu ich zaawansowania w programie szkolenia.

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 takiej superwizji w ramach programu szkolenia, w wymiarze nie mniejszym niż 70 godzin dydaktycznych.

Zakończeniem programu szkolenia jest egzamin certyfikacyjny. W połowie 2014 r. certyfikaty specjalistów psychoterapii uzależnień posiadało już 1468 osób, zaś instruktorów terapii uzależnień – 394 osoby.

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](http://www.parpa.pl). Zatem przy podejmowaniu decyzji o ewentualnym 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](http://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, terapeuci 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 oraz przeciwdziałania niewłaściwym i nieetycznym 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 tylko z osób rozpoczynających 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 jej 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 tym samym 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 lecznictwa 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 ambulatoryjnej placówki 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 mają być pokrywane przez NFZ.

### **Inne działania na rzecz osób uzależnionych**

Osoby niesłyszące uzależnione od alkoholu lub pijące szkodliwie nie mają w Polsce możliwości skorzystania z oferty pomocy terapeutycznej. Głównym powodem jest bariera komunikacyjna. Specjaliści psychoterapii uzależnień nie mogą postawić diagnozy uzależnienia ani prowadzić terapii, ponieważ nie znają języka migowego. Obecnie 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.

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 wszystkie cele projektu zostaną zrealizowane zgodnie z założeniem, wówczas będzie go można wdrażać w innych częściach Polski.

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 języka migowego, przynajmniej na etapie pierwszego kontaktu osoby niesłyszącej z placówką.

### **Wspieranie działań na rzecz rozwiązywania problemów alkoholowych w domach pomocy społecznej**

Część osób przebywających na stałe w domach pomocy społecznej spożywa alkohol szkodliwie lub jest od niego uzależniona. Stwarza to poważne problemy zarówno dla współmiesz-

kańców, jak i dla personelu tych placówek. Osoby zatrudnione w DPS-ach zwykle nie mają 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 lub zaprzestania picia, zaś osób uzależnionych do podjęcia leczenia odwykowego, a także wspierania abstynencji osób po ukończonej terapii w placówkach leczenia uzależnień i po powrocie do swoich placówek opiekuńczych. Samorząd gminy może też finansować dyżury terapeutów, którzy mają szansę 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 rodzajów 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, ewentualnie do środowiska lub innych domów pomocy.

Na oddziałach dla osób uzależnionych od alkoholu, poza „standardową” ofertą domu pomocy społecznej, są realizowane zajęcia rehabilitacyjno-terapeutyczne. Celem programu jest podniesienie 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 (wyrobinienie 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 aktywizacji zawodowej osób uzależnionych oraz wzmocnionych 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 utrudniony, np. ze względu na dużą odległość lub kłopotliwy dojazd. Warto podkreślić, że priorytetem gminnego programu jest wspieranie w pierwszej kolejności rozwoju profesjonalnych programów terapii uzależnienia w placówkach leczniczych, a dopiero później tworzenie punktów konsultacyjnych.

Punkty konsultacyjne pełnią ważną rolę w lokalnym systemie pomocy, jednak do ich zadań nie należy prowadzenie psychoterapii osób uzależnionych, która jest zbiorem świadczeń zdrowotnych, 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 charakterystycznych dla rodzin 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) oraz 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. Ponadto 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 pra-

kuje w placówce leczenia uzależnienia. Ważne, aby osoby zatrudniane w punktach konsultacyjnych miały umiejętność motywowania klientów do zmiany szkodliwych zachowań. Jeśli jest to możliwe, należy zadbać o przeszkolenie personelu punktu oraz nadzór superwizyjny nad pracą takiego punktu, sprawowany przez specjalistę psychoterapii uzależnień i/lub terapeuty motywującego.

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](http://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 oraz kierowanie na leczenie specjalistyczne,
- 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 leczenia uzależnienia od alkoholu),
- 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 działających na terenie gminy, które powinny być włączone w systemową pomoc dla rodziny.

Punkty konsultacyjne mogą być tworzone przez samorząd terytorialny, stowarzyszenia abstynenckie i inne podmioty pozarządowe. Optymalnie, aby były dostępne dla klientów w godzinach popołudniowych i wieczornych, a warunki lokalowe powinny gwarantować osobom zgłaszającym się do punktu dyskrecję 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.

---

## ROZDZIAŁ II

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

#### 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 zaofiarowanie 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. Specjaliści psychoterapii uzależnień nie są przygotowani do tego zadania. Praca terapeutyczna z parą wymaga dodatkowych szkoleń oraz wyspecjalizowanych treningów 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 możliwość 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. Nie jest to choroba, a efekt przystosowania się do sytuacji problemowej.

Koncentrując się na szukaniu sposobu ograniczenia picia partnera, bliska osoba nieświadomie przejmuje odpowiedzialność i kontrolę za jego funkcjonowanie, co w efekcie utrudnia jej konstruktywne rozwiązywanie problemów. W konsekwencji zaistniałej sytuacji rodzinnej u osób współuzależnionych mogą wystąpić nasilone problemy zdrowotne: zaburzenia psychosomatyczne, emocjonalne, stresowe lub zaburzenia adaptacyjne. O współuzależnieniu mówi się wyłącznie w odniesieniu do osób dorosłych. 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 przez terapeutów syndromem dorosłego dziecka alkoholika (DDA).

Nie wszystkie osoby wychowujące się w rodzinie alkoholowej doświadczają nasilonych objawów zespołu DDA. Większość dobrze sobie radzi zarówno ze sobą, jak 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 takie osoby 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 (krótka- i średnioterminowa). Zatem nie każde działanie skierowane 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 dodatkowe specjalistyczne szkolenia dotyczące pracy z DDA.

Pomaganie osobom z syndromem DDA może oznaczać dla gminy podjęcie działań w zakresie zakupu programów profesjonalnej pomocy 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.

Ze sprawozdań przesłanych przez gminy (ankieta PARPA G1) wynika, że w 2013 r. specjalistyczny program socjoterapeutyczny był realizowany jedynie w 410 polskich gminach, w których funkcjonowało 1239 takich miejsc. Z programu pomocy socjoterapeutycznej skorzystało 40187 dzieci, jednak jedynie 50% ogólnej liczby to dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Warto zwrócić uwagę, że zwłaszcza w przypadku specjalistycznych placówek wsparcia dziennego, ich program powinien być dostosowany do diagnozy problemów i zaburzeń dzieci. Środki finansowe na działalność tych placówek pochodzą w zdecydowanej większości (a nierzadko w całości) z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż alkoholu, które są celowymi środkami na realizację zadań wynikających z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, podczas gdy jedynie połowa dzieci uczestniczących w zajęciach wywodzi się z rodzin z problemem alkoholowym.

Dodatkowo ze sprawozdań wynika, że w 1066 gminach funkcjonowało 4445 placówek realizujących opiekuńczą formę pomocy. Z zajęć skorzystało 149 680 dzieci, z których jedynie 34% stanowią te z rodzin z problemem alkoholowym.

Łącznie różnymi formami pomocy objęto 271 554 dzieci, jednak tylko 74 481 małoletnich zostało zdiagnozowanych jako dzieci alkoholików. Oznacza to, że grupa ta stanowiła jedynie 27% wszystkich dzieci objętych pomocą.

Analiza danych wykazuje, iż pomimo znaczących nakładów finansowych (w 2013 r. samorządy gminne wydatkowały na funkcjonowanie miejsc pomocy dla dzieci 138 mln zł) – realna pomoc dzieciom alkoholików jest znaczącym deficytem w gminach i należy zweryfikować zarówno zadania przewidziane do realizacji w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, jak i wydatkowanie środków finansowych. Zwłaszcza, że gminy ponoszą bardzo duże nakłady finansowe na realizację działań profilaktycznych o niepotwierdzonej skuteczności bądź w ogóle uznanych przez środowiska naukowe za nieskuteczne.

Dodatkowo 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, która uniemożliwia realizację indywidualnych planów pomocy czy wreszcie brak oddziaływań skierowanych do rodziców. Te i inne trudności sprawiają, że chociaż z jednej strony możemy mówić o istniejącym systemie świetlic, w których dzieci alkoholików mogą uzyskać pomoc, to z drugiej strony, system ten nie jest tak efektywny, a udzielana pomoc tak skuteczna, jak można by oczekiwać. Troska o jakość i standardy pracy powinna być priorytetem przy podejmowaniu przez samorządy decyzji finansowych.

### **Model pomocy dziecku z rodziny z problemem alkoholowym**

Stworzenie lokalnego systemu pomocy dziecku i rodzinie z problemem alkoholowym służy zwiększeniu efektywności pomocy udzielanej dzieciom alkoholików. Taki system taki powinien spełniać następujące założenia:

- Dziecko żyje w systemie rodzinnym i udzielana mu pomoc powinna być zintegrowana z pomocą całej rodziny.
- 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 jego życia 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 – powinno być poddawane superwizji lub konsultacji.

W planowaniu pomocy należy dążyć do zintegrowania działań różnych instytucji. Dotyczy to przede wszystkim szkoły, poradni psychologiczno-pedagogicznych, ośrodków pomocy społecznej, poradni uzależnień, sądów rodzinnych, policji, punktów interwencji kryzysowej, świetlic socjoterapeutycznych, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Często zdarza się, że pracownicy tych instytucji podejmują niezależnie od siebie próby interwencji wobec rodziny. Nierzadko działają na rzecz tylko jednej osoby, 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, zaplanowanych do realizacji zajęć. W ich ramach możliwe jest prowadzenie różnorodnych programów rozwojowych dla dzieci (np. teatralnych, komputerowych, tanecznych, sportowych).

**Dofinansowanie obozów socjoterapeutycznych dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.** Obozy te powinny być integralnym elementem i stanowić uzupełnienie całorocznej pracy z dziećmi.

**Finansowanie zatrudnienia pracowników merytorycznych w placówkach udzielających pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym.** W przypadku wychowawców w świetli-

cach 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 1,7 % dzieci z zaburzeniami spowodowanymi piciem alkoholu przez matki w czasie ciąży. Niezbędne jest dostarczanie wiedzy na temat FAS/FAE (*Fetal Alcohol Effects*) psychologom, pedagogom, terapeutom oraz wszystkim, którzy zajmują się pomocą dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym.

**Prowadzenie działań związanych z ewaluacją (wewnętrzną i zewnętrzną) programów pomocy dla dzieci alkoholików oraz programów badawczych dotyczących psychospołecznego funkcjonowania dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.**

**Organizowanie i/lub finansowanie zajęć dla rodziców dzieci uczęszczających na zajęcia, mających na celu podniesienie ich kompetencji wychowawczych.**

---

### **Informacje dodatkowe**

Udzielanie pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym może się odbywać 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. Jednak przy prowadzeniu tego typu zajęć powinno się zachować standardy zadań i celów. 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.

### **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 grup rozwojowych, kół zainteresowań, w zajęcia pozalekcyjne i pozaszkolne – zgodnie z jego predyspozycjami i zainteresowaniami.
- 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, ewentualnej absencji 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 organizowane w określonych przedziałach wiekowych: 7-10, 11-12, 13-15 lat.
- Programy zajęć grupowych (cele, formy zajęć, metody) powinny być dostosowane do potrzeb rozwojowych dzieci oraz ograniczeń wynikających z ich sytuacji rodzinnej.
- Ze względu na specyfikę pomocy i trudność zadań, praca osób w świetlicach socjoterapeutycznych powinna być objęta superwizją lub konsultacją. Superwizje i konsultacje mogą prowadzić osoby o odpowiednim przygotowaniu i doświadczeniu w pracy z dziećmi (np. superwizorzy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego lub konsultanci PARPA). 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.
- Praca z grupą jest poprzedzona zbudowaniem konkretnego planu, omówionego w zespole pracowników.
- Indywidualne spotkania z dziećmi organizowane poza pracą z grupą.
- Prowadzenie dokumentacji pracy z dzieckiem i grupą.
- Współpraca z innymi instytucjami (np. gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych, szkoła, ośrodek pomocy społecznej, sąd rodzinny, powiatowe centrum pomocy rodzinie itp.).
- Dożywanie dzieci.
- Pomoc dziecku w radzeniu sobie z życiowymi problemami, kryzysami (rodzinnymi, związanymi z relacjami z rówieśnikami, szkolnymi itp.).
- Korzystanie z regularnych konsultacji lub superwizji dotyczących pracy placówki.

### **Zasady działania i organizacji placówek 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 z późn. zmianami). 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 się mieściła 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 ubezpieczenie 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 pielęgniarki 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, że 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 2015 r., zaś niepubliczne placówki opiekuńczo-wychowawcze wsparcia dziennego, działające na podstawie przepisów dotychczasowych, obowiązane są do uzyskania w terminie do dnia 30 czerwca 2015 r. zezwolenia wójta (burmistrza lub prezydenta miasta) na prowadzenie placówki wsparcia dziennego.

Jednakże należy mieć na uwadze, że zgodnie z nowelizacją w/w ustawy z dnia 25 lipca 2014 r. z dniem 5 września 2015 r. zostaną wprowadzone w art. 18b jednakowe wymagania lokalowe i sanitarne w stosunku do wszystkich placówek wsparcia dziennego – bez względu na podmiot, który będzie prowadził placówkę (gmina, podmiot, który uzyskał zezwolenie wójta oraz podmiot, któremu gmina zleciła prowadzenie placówki wsparcia dziennego). Wymagania sanitarne i lokalowe zostaną określone w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw rodziny wydanego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia. Rozporządzenie będzie uwzględ-

niać konieczność zapewnienia odpowiedniej jakości opieki sprawowanej nad dziećmi i warunków ochrony przeciwpożarowej oraz liczbę dzieci, nad którymi ta opieka będzie sprawowana. Obecnie przepisy w tym zakresie odnoszą się tylko do placówek wsparcia dziennego działających na podstawie zezwolenia wójta, a ponadto kwestię tę ustawodawca uregulował ogólnie – istnieje jedynie obowiązek uzyskania pozytywnej opinii właściwego miejscowo komendanta powiatowego lub miejskiego Państwowej Straży Pożarnej i właściwego państwowego inspektora sanitarnego. Z uzasadnienia do projektu wynika, że taka konstrukcja budzi wątpliwości dotyczące odpowiednich przepisów, które powinny spełniać oceniane lokale. Zdarzają się sytuacje, kiedy wskazane służby odwołują się przy wydawaniu opinii do przepisów właściwych dla placówek edukacyjnych. Konieczne było zatem stworzenie odrębnych przepisów dotyczących warunków, jakie powinny spełniać lokale, w których prowadzona będzie placówka wsparcia dziennego. Obowiązek spełniania wymagań sanitarnych i lokalowych (tak jak to miało miejsce dotychczas) nie będzie dotyczył placówek wsparcia dziennego prowadzonych w formie pracy podwórkowej realizowanej przez wychowawcę. Omawiane zmiany zaczną obowiązywać po upływie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie projektowanej ustawy. W zakresie wymagań lokalowych i sanitarnych do placówek wsparcia dziennego, które powstały dotychczas na mocy ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej znajdują zastosowanie przepisy dotychczasowe (przepis przejściowy projektowanej ustawy). Placówki opiekuńczo-wychowawcze, które rozpoczęły swoją działalność przed dniem wejścia w życie ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (na mocy obowiązujących wówczas przepisów o pomocy społecznej), zgodnie z art. 228 ust. 3 i 5 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, mogą funkcjonować do dnia 1 stycznia 2015 r. Po tej dacie omawiane placówki będą mogły funkcjonować, jeżeli spełnią wymagania określone w ustawie o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Niestety z wiedzy zdobytej w trakcie ponad dwuletniego funkcjonowania ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej wynika, że większość tych placówek nie będzie się w stanie dostosować do wymagań lokalowych wprowadzonych ustawą. Z uwagi na duże znaczenie placówek wsparcia dziennego w profilaktyce rodzinnej zaproponowano, aby ww. placówki mogły dalej funkcjonować, jeżeli zapewnią dzieciom bezpieczne i higieniczne warunki pobytu, co zostanie stwierdzone przez wójta. W celu umożliwienia wójtowi zbadania, czy placówki te spełniają odpowiednie wymogi, proponuje się wydłużyć termin ich funkcjonowania na podstawie przepisów dotychczasowych do dnia 30 czerwca 2015 r.

Nowelizacja ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz niektórych innych ustaw dotyczy również zmiany ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2012 r., poz. 1356 z późn. zm., dalej ustawa). Zmiana ustawy, ma na celu jednoznaczne określenie, że placówki wsparcia dziennego będą mogły być finansowane z dochodów z opłat za zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych, jeżeli będą realizować zadania wskazane w art. 4<sup>1</sup> ustawy w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Wprowadzono zmianę w art. 9<sup>3</sup> i art. 18<sup>2</sup> ustawy. I tak powyższe artykuły uzyskały następujące brzmienie:

---

w art. 9<sup>3</sup> w ust. 1 po pkt 2 dodaje się pkt 3 w brzmieniu:

„3) zadań realizowanych przez placówkę wsparcia dziennego, o której mowa w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, w ramach wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz Wojewódzkiego Programu, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2012 r. poz. 124).”;

2) art. 18<sup>2</sup> otrzymuje brzmienie:

„Art. 18<sup>2</sup>. Dochody z opłat za zezwolenia wydane na podstawie art. 18 lub art. 18<sup>1</sup> oraz dochody z opłat określonych w art. 11<sup>1</sup> wykorzystywane będą na realizację:

1. gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz Gminnych Programów, o których mowa w art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii,
  2. zadań realizowanych przez placówkę wsparcia dziennego, o której mowa w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz Gminnych Programów, o których mowa w art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii
- i nie mogą być przeznaczane na inne cele.”.

## **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. 4<sup>1</sup> ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi i gminny program przeciwdziałania przemocy w rodzinie i ochrony ofiar przemocy opracowany na podst. art. 6 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2005 r. Nr 180, poz. 1493 z późn. zm.). Analiza wydatków ponoszonych przez samorządy lokalne w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych pokazuje, że na zadania związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie od czterech lat przeznaczają się ok. 5% środków pochodzących z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych. Wskaźnik procentowy nie zmienia się, mimo że do 2012 r. kwoty przeznaczane na działania związane z ochroną członków rodzin z problemem alkoholowym przed przemocą nieznacznie, chociaż sukcesywnie, zwiększały się. Jednak w 2013 r. na zadania służące ochronie rodzin przed przemocą – w porównaniu do roku poprzedniego – kwotowo gminy wydały mniej o blisko 1,5 mln zł.

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

#### **Zwiększenie dostępności i podniesienie jakości pomocy dla ofiar przemocy w rodzinie z problemem alkoholowym – dorosłych i dzieci**

Na podstawie ankiet PARPA G-1 można stwierdzić, że od kilku lat liczba placówek oferujących pomoc osobom krzywdzonym przez najbliższych utrzymuje się na porównywalnym poziomie. W 2013 r. w gminach działało ponad 2,5 tys. miejsc pomocy, wśród których zdecydowaną większość stanowiły punkty informacyjno-konsultacyjne. W porównaniu do roku poprzedniego znacząco (o ponad 8%) wzrosła liczba ofiar przemocy zgłaszających się po pomoc do tych placówek. Należy jednak pamiętać, że punkty informacyjno-konsultacyjne oferują zwykle pomoc w tzw. pierwszym kontakcie, działają kilka godzin tygodniowo, zatem nie można zakładać, że osoba doznająca przemocy otrzyma tu specjalistyczną i działającą długofalowo pomoc.

Priorytetem dla gmin powinno być zapewnienie członkom rodzin, w których występuje problem alkoholowy i przemoc, dostępu do stałej, kompleksowej i profesjonalnej pomocy. W związku z powyższym rekomenduje się:

- tworzenie nowych i wspieranie już istniejących placówek dla osób doznających przemocy w rodzinie (w tym: punktów konsultacyjnych, ośrodków interwencji kryzysowej, ośrodków wsparcia),
- zapewnienie dostępności do specjalistów z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie,
- prowadzenie i finansowanie grup wsparcia i grup terapeutycznych dla ofiar przemocy – dorosłych i dzieci,
- tworzenie i finansowanie specjalistycznych miejsc pomocy dzieciom krzywdzonym,
- przygotowywanie i upowszechnianie materiałów informacyjno-edukacyjnych dla klientów na temat zjawiska przemocy w rodzinie i możliwości uzyskania pomocy (ulotki, plakaty, informatory).

#### **Zwiększenie kompetencji służb w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie**

Praca w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie wymaga odpowiednich kompetencji. Rekomenduje się więc:

- organizowanie szkoleń, które pozwolą na poznanie mechanizmów zjawiska przemocy w rodzinie, specyfiki funkcjonowania osób doznających przemocy w rodzinie i stosujących przemoc, konsekwencji życia w rodzinie z problemem przemocy, zasad kontaktu z klientem itp.,

- 
- organizowanie specjalistycznych, interdyscyplinarnych szkoleń, dotyczących kompetencji służb, obowiązujących procedur, podejmowania interwencji w sytuacji podejrzenia przemocy w rodzinie (w tym posługiwanie się procedurą „Niebieskie Karty”) oraz współpracy służb i instytucji,
  - zapewnienie dostępu do stałej superwizji pracy profesjonalistom, co sprzyja radzeniu sobie z emocjami związanymi z trudną sytuacją klientów i pozwala na analizę własnych postaw i emocji wobec problemu przemocy oraz zapobiega wypaleniu zawodowemu,
  - przygotowywanie i upowszechnianie materiałów informacyjno-edukacyjnych dla profesjonalistów dotyczących psychologicznych i prawnych aspektów przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Należy jednak pamiętać, że krótkie, jednorazowe szkolenia nie gwarantują podniesienia wiedzy i umiejętności w ww. zakresie. **Samorządy lokalne powinny dbać o to, aby na ich terenie podnoszenie kompetencji służb było procesem stałym oraz aby poza wykładami organizować także warsztaty, którą dają możliwość praktycznego ćwiczenia różnych umiejętności.**

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 internetowej: [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl).

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

Praktyka w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie pokazuje, że interdyscyplinarna współpraca służb, instytucji i organizacji sprzyja zwiększeniu efektywności działań mających na celu ochronę rodzin przed przemocą. Pozwala na zaplanowanie i udzielenie kompleksowej pomocy wszystkim członkom rodziny, w której jest przemoc.

Ze względu na to, że rodziny z problemem alkoholowym są szczególnie narażone na przemoc, **konieczne jest, aby** w pracę zespołów interdyscyplinarnych i powoływanych przez nie grup roboczych **w sposób szczególny włączyli się członkowie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych**. Obecność przedstawicieli gminnej komisji w zespole interdyscyplinarnym jest obligatoryjna, a w grupie roboczej – fakultatywna, uzależniona od sytuacji konkretnej rodziny i występującego w niej 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).

Wszyscy członkowie zespołu i grup roboczych powinni posiadać odpowiednie kompetencje do rozpoznawania przemocy i udzielania pomocy członkom danej rodziny. Przeprowadzone w 2012 r. na zlecenie PARPA ogólnopolskie badania 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 wskazały na istotne deficyty w tym zakresie. W związku z powyższym rekomenduje się m.in.:

- prowadzenie szkoleń i seminariów dla przedstawicieli służb i instytucji, które mogą wchodzić w skład zespołów interdyscyplinarnych oraz grup roboczych na temat zjawiska przemocy w rodzinie, postaw wobec ofiar i sprawców, a także osobistych przekonań dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie,
- organizowanie i finansowanie szkoleń i konferencji na temat realizacji procedury „Niebieskie Karty” i współpracy służb w ramach lokalnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie,
- superwizowanie pracy zespołów interdyscyplinarnych i grup roboczych,
- tworzenie forum wymiany doświadczeń w celu wypracowania lokalnej lub regionalnej strategii działania w obszarze ochrony rodzin, w szczególności z problemem alkoholowym, przed przemocą.

### **Zwiększenie dostępności i podniesienie jakości oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych**

Mimo że ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie określa „opracowywanie i realizację programów oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie” jako zadanie z zakresu administracji rządowej realizowane przez powiat (art. 4 ust. 2), dobrym rozwiązaniem wydaje się także, aby działania adresowane do sprawców przemocy w rodzinie były realizowane i finansowane również przez samorządy lokalne. Decyzja o prowadzeniu i finansowaniu przez gminę takiego programu powinna być poprzedzona wnikliwą diagnozą, która pozwoli odpowiedzieć na pytanie, czy tego typu przedsięwzięcie przyniesie wymierne korzyści dla środowiska lokalnego, w tym m.in. czy uda się zrekutować odpowiednią liczbę uczestników programu, czy program będą prowadziły osoby mające odpowiednie (zgodne z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 lutego 2011 r. w sprawie standardu podstawowych usług świadczonych przez specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, kwalifikacji osób zatrudnionych w tych ośrodkach, szczegółowych kierunków prowadzenia oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych wobec osób stosujących przemoc w rodzinie oraz kwalifikacji osób prowadzących oddziaływanie korekcyjno-edukacyjne (Dz. U. Nr 50, poz. 259)) kompetencje do realizacji takiego programu itp. Może się okazać, że w przypadku małych gmin, ze względów ekonomicznych, właściwym rozwiązaniem będzie nawiązanie w tym zakresie współpracy z sąsiednimi gminami i realizacja jednego, wspólnego, programu oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych w ramach porozumień międzygminnych.

---

Na przestrzeni ostatnich lat sukcesywnie rośnie także liczba osób motywowanych przez gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych do uczestnictwa w programach korekcyjnych lub terapii (w 2013 r. było to ponad 13,3 tys. osób). W związku z powyższym rekomenduje się:

- podnoszenie kompetencji osób mających kontakt z osobami stosującymi przemoc w zakresie motywowania ich do uczestniczenia w ww. programach,
- opracowywanie, finansowanie i wdrażanie programów oddziaływań edukacyjno-korekcyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie,
- usprawnienie współpracy z przedstawicielami wymiaru sprawiedliwości i organów ścigania, którzy mogą kierować osoby stosujące przemoc do ww. programów,
- upowszechnianie informacji o prowadzonych na terenie gminy oddziaływaniach adresowanych do sprawców przemocy wobec najbliższych.

Podobnie jak w latach poprzednich, podkreśla się rolę pracowników leczenia odwykowego, którzy powinni być przygotowani do kontaktu z osobami doświadczającymi przemocy i stosującymi przemoc oraz do uruchomienia procedury „Niebieskie Karty” w sytuacji powzięcia podejrzenia o występowaniu przemocy w rodzinie. Ważną rolę w zakresie rozpoznawania przemocy w rodzinie mają do spełnienia także przedstawiciele ochrony zdrowia. Przykład rozmowy lekarza z pacjentką doświadczającą przemocy oraz inne informacje dotyczące udziału lekarzy w lokalnym systemie przeciwdziałania przemocy znajdziecie Państwo na stronie internetowej: [www.lekarzureagujnaprzemoc.pl](http://www.lekarzureagujnaprzemoc.pl) uruchomionej w ramach kampanii pn. „Lekarzu, reaguj na przemoc”.

#### **Zwiększenie wiedzy społeczeństwa na temat przemocy w rodzinie, możliwości przeciwdziałania temu zjawisku oraz sposobów reagowania i uzyskania pomocy**

Prowadzone przez gminy działania o charakterze informacyjno-edukacyjnym mają wpływ na zwiększenie wiedzy jej mieszkańców na temat zjawiska przemocy w rodzinie i skutków przemocy. Dodatkowo dostarczają informacji o możliwościach uzyskania pomocy osobom krzywdzonym, a tym samym zwiększają gotowość społeczną do reagowania na przemoc.

W związku z powyższym rekomenduje się prowadzenie edukacji społecznej poprzez m.in.:

- prowadzenie lokalnych kampanii informacyjnych, akcji edukacyjnych nt. zjawiska przemocy w rodzinie, w tym przemocy wobec dzieci,
- opracowywanie, wdrażanie i finansowanie programów profilaktyki przemocy (np. warsztaty umiejętności rodzicielskich, programy dla rodziców na temat radzenia sobie z trudnymi sytuacjami wychowawczymi, rozwiązywania konfliktów itp.)



## Rekomendacje PARPA 2015

---

- przygotowywanie i upowszechnianie materiałów informacyjno-edukacyjnych dla mieszkańców gminy na temat oferty pomocy dla członków rodzin z problemem alkoholowym i przemocą,
- nawiązanie stałej współpracy z lokalnymi mediami: prasą, radiem, telewizją,
- prowadzenie badań i diagnoz dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie, postaw wobec problemu. Z uwagi 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**

Napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną wśród polskiej młodzieży substancją psychoaktywną. Jak wynika z badań zrealizowanych w 2011 r. w ramach międzynarodowego projektu ESPAD chociaż raz w ciągu całego swojego życia piło 87,3% uczniów z klas trzecich szkół gimnazjalnych (wiek: 15–16 lat) i 95,2% uczniów z klas drugich szkół ponadgimnazjalnych (wiek: 17–18 lat). Spożywanie alkoholu przez osoby niepełnoletnie upośledza czynności poznawcze: koncentrację uwagi, zapamiętywanie, uczenie się, rozwój kontroli emocjonalnej. Prowadzi do podejmowania zachowań ryzykownych, groźnych dla życia i zdrowia, zakłóca proces rozwojowy, może również powodować spowolnienie wzrostu i zaburzenia hormonalne. W całym Regionie Europejskim co czwarty zgon w grupie wiekowej 15–29 lat spowodowany jest używaniem alkoholu. Wiąże się z tym także obniżenie wieku inicjacji seksualnej i wyższe ryzyko zakażenia HIV.

Władze samorządowe dostrzegają wagę problemu. Jak wynika z analizy ankiet PARPA G1, wśród zadań realizowanych w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, znacząca część środków finansowych przeznaczona jest na działania profilaktyczne adresowane do dzieci i młodzieży.

Jednak tylko w co czwartej gminie realizowano programy, które posiadają potwierdzone naukowo dowody swojej skuteczności w zakresie ograniczania zachowań ryzykownych i znajdują się

w banku programów rekomendowanych. Na ten cel gminy te wydały blisko 5,6 mln zł. Natomiast w zdecydowanej większości gmin (blisko 65%) realizowano inne, autorskie, edukacyjne programy profilaktyczne o niepotwierdzonej skuteczności. Na ich realizację wydano 28,6 mln zł. Do tych działań realizowanych w ramach oferty profilaktycznej dla dzieci i młodzieży zaliczają się przede wszystkim spektakle profilaktyczne (realizowane przez 65% gmin) oraz festyny i imprezy plenerowe i sportowe (realizowane przez blisko 60% gmin). Jak wykazują badania naukowe prowadzone w obszarze skuteczności różnorodnych oddziaływań w profilaktyce uniwersalnej, a więc adresowanej do całej populacji uczniów, takie rodzaje działań jak festyny, konkursy, zajęcia sportowe, alternatywne formy spędzania czasu itp., jako samodzielna strategia profilaktyczna nie mają potwierdzonej skuteczności w zakresie ograniczania spożywania substancji psychoaktywnych przez młodych ludzi. Pomimo to są one chętnie stosowane przez organizatorów/decydentów ze względu na łatwość ich wdrażania, możliwość zaangażowania dużej grupy odbiorców w jednym momencie, czy też istniejące zapotrzebowanie społeczne na tego typu „widowskowe” projekty. Należy dążyć do tego, aby w ramach działań profilaktycznych zwiększać udział tych programów, które mają potwierdzoną skuteczność. Na problem realizacji programów profilaktycznych o niepotwierdzonej skuteczności zwracała uwagę Najwyższa Izba Kontroli w swoim raporcie „Profilaktyka narkomanii w szkołach”.

Obecnie stosowane poziomy profilaktyki opierają się na kryterium oceny indywidualnego ryzyka powstawania problemów zdrowotnych. Nowe terminy w stosunku do poprzednich (profilaktyka pierwszorzędowa, drugorzędowa i trzeciorzędowa) 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 całą populację.

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, 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 narażo-

---

ne 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 prowadzone 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 albo też innych substancji psychoaktywnych (np. działania edukacyjne i prawne zmierzające do ograniczenia liczby wypadków drogowych popełnianych przez kierowców pod wpływem alkoholu).

Planując realizację programów profilaktycznych należy wnikliwie ocenić, na jakim poziomie profilaktyki zamierzamy działać i adekwatnie do potrzeb grupy odbiorców dobrać program, czy odpowiednie strategie i narzędzia oddziaływać.

## **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 Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia Psychicznego stworzonym w ramach wspólnego projektu Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (koordynator), Ośrodka Rozwoju Edukacji, Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i funkcjonującym od 2010 r. Projekt ten ma na celu poszerzenie

oferty programów posiadających pozytywną ewaluację, opartych na naukowych podstawach oraz skutecznych strategiach profilaktycznych. Do września 2014 r. pomyślnie przeszło procedurę oceny i trafiło do banku danych 14 programów ogólnopolskich. System promuje i upowszechnia sprawdzone praktyki i programy profilaktyczne, popularyzuje wiedzę na temat skutecznych strategii profilaktycznych oraz metod konstruowania programów. Każdy program nadesłany do systemu zostaje poddany ocenie, a rekomendacje są przyznawane na jednym z trzech poziomów:

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

Więcej informacji o systemie rekomendacji można znaleźć na stronach internetowych: [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl), [www.narkomania.gov.pl](http://www.narkomania.gov.pl) lub [www.ore.edu.pl](http://www.ore.edu.pl).

Można także czerpać wiedzę ze standardów jakości programów profilaktycznych, opracowanych przez Wydział Wychowania i Profilaktyki Ośrodka Rozwoju Edukacji, które znajdują się na stronie internetowej: [www.ore.edu.pl](http://www.ore.edu.pl). Standardy te odnoszą się do wielu obszarów działań profilaktycznych i opisane są w odniesieniu do takich wymiarów, jak: bezpieczeństwo uczestników, adekwatność programu, skuteczność, głębokość i czas trwania programu, organizacja, ewaluacja i dokumentacja programu. Wskazówki do pracy profilaktycznej oraz inspiracje do pracy z młodzieżą można też znaleźć na stronach: [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl) (tzw. niezbędnik profilaktyczny), [www.niebotak.pl](http://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 uwzględniać lokalne zasoby, np. przygotowanie nauczycieli do realizacji konkretnych programów, działające organizacje pozarządowe czy inne instytucje i placówki mające kontakt z dziećmi i młodzieżą. Warto zadbać o spójne i wzajemnie uzupeł-

---

niające się działania profilaktyczne oraz unikać jednorazowych pogadarek czy innych tego typu wydarzeń. Szkoły często korzystają z różnorodnych ofert na realizację programów nadsyłanych z zewnątrz. Istotne jest skorzystanie z opinii ekspertów-profilaktyków, którzy pomogą wybrać odpowiedni program, biorąc pod uwagę stosowne wytyczne i standardy. Należy także pamiętać, aby programy prowadzone przez zewnętrznych realizatorów nie zastępowały systematycznej pracy profilaktycznej nauczycieli w kontakcie indywidualnym z uczniami i z całą klasą. Szkolny program profilaktyki nie powinien być ograniczany jedynie do prowadzenia zajęć edukacyjnych przez pojedynczych nauczycieli. Składają się na niego bowiem różnorodne elementy:

- tworzenie systemu wsparcia dla uczniów (zespoły interdyscyplinarne),
- normy i regulamin szkoły współtworzony zarówno przez uczniów, rodziców, jak i grono nauczycielskie,
- angażowanie w różnego rodzaju aktywności 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 wychowaw-czych czy przeznaczonych na ten cel specjalnych lekcji,
- procedury interwencji i specjalne programy stosowane wobec uczniów z grup ryzyka.

Ważne jest, aby gmina nie wycofywała się z możliwości wspierania szkół w realizacji tego za-dania. Nawet, jeżeli programy realizowane są w ramach godzin pracy etatowej i nie ma uzasad-nienia dla dodatkowego wynagrodzenia dla realizatorów, samorząd może wspierać placówki np. poprzez finansowanie szkoleń przygotowujących do realizacji programów, superwizji, badań ewaluacyjnych czy też dodatkowych materiałów dla uczniów i rodziców.

Dofinansowywanie zajęć pozalekcyjnych zawsze powinno być rozpatrywane przez wzgląd na ich związek z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, np.: koła tematyczne czy reedukacja bezpośrednio się z tym nie łączą. Należy też pamiętać o tym, że strategia alterna-tywnych form spędzania wolnego czasu jest oceniana jako jedna z mniej skutecznych, dlatego może stanowić jedynie uzupełnienie szerszego programu oddziaływań profilaktycznych, a nie jego najważniejszy element.

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

- program znajduje się w bazie 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 możliwy do zrealizowania.

Aby mieć pewność odpowiedniego wyboru, można do tego celu wykorzystać kryteria oceny i narzędzia przygotowane w ramach wspomnianego wyżej Systemu Rekomendacji.

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 (*Hanbook for action to reduce alcohol-related harm*, WHO, 2000, s. 63).

Coraz częściej zdarza się bowiem, iż za ofertą realizacji czy finansowania 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 przede wszystkim powinno skupiać się uwagę na ich skuteczności. Argumenty finansowe (dostajemy coś za darmo) 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**

Próby pokazania młodym ludziom alkoholu jako substancji, która może być dla nich niebezpieczna, napotykać często na trudną przeszkodę – przyzwolenie rodziców. To rodzice często

---

mylnie uważają, że „lepiej, żeby dziecko piło, niż brało narkotyki”, czy też „w picu piwa, wina nie ma żadnego zagrożenia”.

Celem działań o charakterze edukacyjnym przeznaczonych dla rodziców jest przygotowanie ich do wspierania 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 (np. Program Wzmacniania Rodziny), 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 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. Innym przykładem procedury do wykorzystania w szkole jest program, do którego szkolenia prowadzi PARPA „Przeciwdziałanie niepożądanym zachowaniom w szkole”.

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. Dyżurujący konsultanci, oprócz fachowej porady, przekazują też informacje o placówkach pomocowych, które znajdują się w pobliżu zamieszkania osób zgłaszających się po pomoc.



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

Istotnym zadaniem jest także wspieranie rozwoju i działalności wolontariatu (warsztaty, szkolenia pogłębiające wiedzę i umiejętności z zakresu profilaktyki problemowej i promocji zdrowia) oraz realizowanie programów aktywizujących samorządy uczniowskie, grupy liderские czy młodzieżowe samorządy. 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 rówieśników, wyrażenia swoich emocji, nabywania umiejętności aktorskich czy reżyserskich może stać się ciekawym i wartościowym uzupełnieniem programów profilaktycznych. Dla zainteresowanych PARPA przygotowała publikację zawierającą doświadczenia i wnioski z organizowanego 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 pozwolił na jak najlepszą realizację zakładanych celów. Szczególnie cenne będą projekty długofalowych i systematycznych działań, skierowanych do dzieci ze środowisk zagrożonych zachowaniami problemowymi, np. programy animatorów podwórkowych, pedagogów ulicy czy kluby młodzieżowe. Nawet przy realizacji jednorazowych wydarzeń należy zadbać o to, aby były one wpisane w program profilaktyczny o szerszym zasięgu. Ponadto, aby odwoływały się do zdobytych wcześniej doświadczeń, wiedzy, umiejętności lub do innych projektów profilaktycznych realizowanych lokalnie.

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

W szkoleniach 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 (ćwiczenie asertywnego odmawiania). Obecność na szkoleniu nie może być warunkiem uzyskania zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych. W szkoleniach mogą brać udział nie tylko właściciele punktów sprzedaży napojów alkoholowych, ale również osoby bezpośrednio sprzedające alkohol (jest to wskazane szczególnie w przypadku ćwiczenia konkretnych umiejętności odmawiania).

W 2013 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 prze-

---

prowadzone szkolenie daje nadzieję na kontynuację skutecznych działań związanych z ograniczeniem 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](http://www.parpa.pl)).

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

Diagnoza środowiska, uwzględniająca m.in. analizę problemów oraz zapotrzebowanie na działania z zakresu profilaktyki uniwersalnej lub działania korekcyjne, interwencyjne dla grup ryzyka, nie zawsze musi oznaczać przeprowadzenia 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, rozmowy z rodzicami i uczniami, obserwację zachowań uczniów, analizę dokumentów szkolnych. Można też przeprowadzić badania z wykorzystaniem ankiety i przy jej pomocy zebrać informacje np. dotyczące klimatu szkoły, poczucia satysfakcji z uczestniczenia w programie profilaktycznym, doświadczeń z używaniem substancji psychoaktywnych czy sposobów, w jaki młodzież zdobywa alkohol. 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 uniknąć ewentualnych zarzutów o brak zgody, ale wzmocni także 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 dostosować do możliwości i potrzeb szkoły oraz 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 jako strategia alternatywnych form spędzania wolnego czasu nie mogą stanowić jedynej i samodzielnej strategii profilaktycznej**

Zajęcia sportowe 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 programem profilaktycznym o szerokim zakresie oddziaływania 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 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).

---

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 utwierdzenie w roli, w jakiej dziecko na co dzień 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 którąś z osób (prowadzący powinien posiadać umiejętności, które pozwolą mu rozwiązać takie sytuacje i udzielić stosownego wsparcia).

W ramach finansowania 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). Dobrym rozwiązaniem może być zatrudnienie 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. 13<sup>3</sup> ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi minister właściwy do spraw kultury fizycznej i sportu jest dysponentem Funduszu Zajęć Sportowo-Rekreacyjnych dla uczniów, a dofinansowanie zajęć sportowych odbywa się zgodnie z rozporządzeniem Ministra Sportu z 19 września 2011 r. w sprawie dofinansowania zajęć ze środków Funduszu Zajęć Sportowych dla Uczniów (Dz.U. Nr 217, poz. 1270). 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 i Turystyki.

### Edukacja publiczna w zakresie problematyki alkoholowej

#### Wprowadzenie

Działania edukacyjne i informacyjne wzmacniają skuteczność innych narzędzi lokalnej polityki wobec alkoholu. W dobrze pojętym 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 także ma znaczenie. Ponadto ważne jest 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 powyżej tematyce itp. Istotnym elementem tego systemu powinna być interaktywna komunikacja ze społecznością lokalną, reagowanie na jej potrzeby i wychodzenie naprzeciw jej oczekiwaniom.

**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. Dwa ostatnie projekty edukacyjne PARPA, mające charakter kampanii, można znaleźć na stronach: [www.lekarzsureagujnaprzemoc.pl](http://www.lekarzsureagujnaprzemoc.pl) oraz [www.powstrzymaj.pl](http://www.powstrzymaj.pl).

**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 medialnych 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 przygotowujemy 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, lecnicstwo 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 zadań, które powinny być uwzględnione w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Działania powinny być prowadzone systemowo przy wykorzystaniu wszystkich dostępnych zasobów, którymi dysponuje gmina. Systemowe działania oznaczają współpracę wielu sektorów, nie tylko tych zajmujących się profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych czy szeroko rozumianym bezpieczeństwem ruchu drogowego. Działania mające na celu zmniejszenie zjawiska nietrzeźwości na drogach powinny uwzględniać wszystkich uczestników ruchu drogowego i mogą być kierowane do ogółu populacji.

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

### Kampanie społeczne

W ciągu ostatnich lat odnotowujemy znaczny wzrost świadomości społecznej dotyczącej problematyki nietrzeźwości na drogach. Jak wynika z raportu Sartre 4<sup>4</sup>, 92% polskich kierowców deklaruje, że kierowca który będzie prowadzić samochód w ogóle nie powinien pić alkoholu.

<sup>4</sup> Raport z Badań społecznych postaw wobec zagrożeń w ruchu drogowym w Europie., „SARTRE 4” 2010 r.

Raport w wersji angielskiej dostępny na stronie: <http://www.attitudes-roadsafety.eu/home/publications/>

---

Pomimo tych deklaracji, a także zwiększonej liczby kontroli drogowych prowadzonych przez Policję liczba kierowców zatrzymanych za jazdę po alkoholu pozostaje na podobnym poziomie. Aby zwiększyć świadomość społeczną dotyczącą zagrożeń powodowanych przez nietrzeźwych kierowców, konsekwencji takich sytuacji oraz podejść do problemu bardziej systemowo PARPA zainicjowała działania skierowane do osób będących świadkami picia alkoholu przez osoby zamierzające prowadzić pojazd. Pijani kierowcy zazwyczaj nie spożywają alkoholu w samotności – towarzyszą im inne osoby, świadkowie, których postawa i reakcja może mieć decydujące znaczenie w sytuacji gdy kierowca będzie próbował kierować pojazdem po alkoholu. **Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w ramach działań edukacyjno-informacyjnych „Powstrzymaj pijanego kierowcę” postanowiła skoncentrować uwagę na świadkach takich zdarzeń.** Świadek, może w bardziej wnikliwy sposób ocenić sytuację i bardziej świadomie zareagować na zaistniałe niebezpieczeństwo. Kampania ma pokazać, że każdy może przyczynić się do zwiększenia bezpieczeństwa na drodze.

Dzięki kampanii „Powstrzymaj pijanego kierowcę” rozpowszechnione zostały informacje na temat możliwych form interwencji wobec kierowców, którzy zamierzają prowadzić samochód po spożyciu alkoholu. Na jej potrzeby powstała strona internetowa: [www.powstrzymaj.pl](http://www.powstrzymaj.pl), na której znajdują się filmy edukacyjne przedstawiające skuteczną formę interwencji wobec nietrzeźwego kierowcy, a także film ukazujący konsekwencje prowadzenia pojazdu po spożyciu alkoholu. Zamieszczono tam również przydatne informacje z zakresu prawa oraz wpływu alkoholu na organizm kierowcy, a także materiały edukacyjne. Ważnym elementem jest zaproszenie do udziału w kampanii przedstawicieli samorządów gminnych w całej Polsce. Aby wspomóc realizację działań na poziomie lokalnym, przygotowano „Przewodnik dla samorządów do realizacji działań z zakresu przeciwdziałania nietrzeźwości na drogach”, który przekazano do wszystkich gmin. **Wszystkie materiały edukacyjne przygotowane w ramach kampanii są dostępne na stronie internetowej: [www.powstrzymaj.pl](http://www.powstrzymaj.pl).**

### **Edukacja w szkołach średnich**

W ramach działań dotyczących podnoszenia świadomości w zakresie wpływu alkoholu na bezpieczeństwo w ruchu drogowym kierowanych do wszystkich uczestników ruchu, wskazane **jest nawiązanie kontaktu ze szkołami średnimi w celu wprowadzenia cyklu zajęć profilaktycznych poświęconych bezpieczeństwu komunikacyjnemu** ze szczególnym uwzględnieniem wypracowania właściwych zachowań i postaw wobec osób i sytuacji dotyczących nietrzeźwych uczestników ruchu drogowego.

### **Współpraca z Wojewódzkimi Ośrodkami Szkolenia Kierowców**

Rozporządzenie Ministra Transportu, Budownictwa i Gospodarki Morskiej z dnia 13 lipca 2012 r. w sprawie szkolenia osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, instruktorów i wykładowców (Dz. U. poz. 1019) wprowadziło obowiązek szkolenia kierowców wszystkich kategorii, a także instruktorów nauki jazdy z zakresu wpływu alkoholu na



organizm kierowcy. W związku z powyższym zaleca się ścisłą współpracę z **Wojewódzkimi Ośrodkami Ruchu Drogowego** w zakresie wzbogacenia programów szkoleniowych (edukacyjnych) dla kandydatów na kierowców o tematykę dotyczącą alkoholu. Celem programu powinno być zwiększenie świadomości na temat wpływu alkoholu na zdolność kierowania pojazdami, a także ukształtowanie krytycznej postawy wobec prowadzenia ich po jego spożyciu. Program powinien być opracowany i zrealizowany przez wykwalifikowaną kadrę znającą specyfikę grupy docelowej oraz posiadającą odpowiednie przeszkolenie z zakresu psychologii społecznej i rozwiązywania problemów alkoholowych. Jeśli nie udało się nawiązać współpracy, można zwrócić się z prośbą do marszałka województwa w celu przedstawienia planu działań, jakie gmina chciałaby prowadzić z Wojewódzkim Ośrodkiem Ruchu Drogowego. Marszałek, jako instytucja nadrzędna, może podjąć decyzję o konieczności nawiązania takiej współpracy.

### **Realizacja programów profilaktycznych w szkołach nauki jazdy**

Szkoły nauki jazdy to właściwe miejsce do prowadzenia zajęć profilaktycznych z zakresu problematyki nietrzeźwości na drogach. Scenariusz takich zajęć został przygotowany przez PARPA jako element kampanii „Powstrzymaj pijanego kierowcę” i jest dostępny na stronie [www.powstrzymaj.pl](http://www.powstrzymaj.pl). Do przeprowadzenia zajęć należy zaprosić osoby z odpowiednią wiedzą z zakresu działania alkoholu na organizm oraz umiejętnością prowadzenia zajęć w formie warsztatowej.

### **Programy dla kierowców zawodowych**

Specjalistyczne cykle szkoleń z zakresu profilaktyki alkoholowej skierowane do **kierowców zawodowych**, można prowadzić wśród kierowców posiadających zawodowe uprawnienia do prowadzenia pojazdów, np. w sektorze transportu publicznego. PARPA rekomenduje, by samorządy lokalne nawiązały stałą współpracę z zakładami pracy, które zatrudniają zawodowych kierowców, np. korporacjami taksówkarskimi, firmami przewozowymi i transportowymi itp. Podczas szkolenia, w myśl zasady „Zero tolerancji dla alkoholu za kierownicą”, kierowcy powinni przyswoić podstawową wiedzę na temat metabolizmu człowieka oraz wpływu alkoholu na organizm kierującego. Edukacja powinna obejmować także informacje na temat konsekwencji prawnych prowadzenia samochodu po alkoholu (w zakresie prawa karnego oraz odpowiedzialności cywilno-prawnej). Możliwe jest także poszerzenie szkolenia o zagadnienia dotyczące nietrzeźwości w miejscu pracy.

### **Współpraca na rzecz zwiększenia bezpieczeństwa ruchu drogowego**

Są to działania, które może inicjować samorząd poprzez **nawiązanie stałej współpracy z instytucjami, które w zakresie swoich działań w różnym stopniu są powiązane z ruchem drogowym**. Przykładem powyższego może być rozpowszechnianie przez policję wśród kierowców materiałów informacyjnych podczas kontroli drogowych oraz wsparcie działań policji w zakresie zwiększenia częstotliwości kontroli trzeźwości.

---

Zakup alkomatów w ramach gminnych programów jest możliwy jedynie wtedy, kiedy stanowi element szerszego projektu współpracy między policją a gminą (np. zakup urządzeń alcolmów w celu przeprowadzenia dodatkowych kontroli na drogach). Alkomaty nie mogą zostać przekazane na realizację zadań statutowych policji jako wyposażenie jednostki. Nie ma znaczenia czy przekazanie nastąpiłoby w wyniku przeniesienia własności urządzenia czy jedynie jego posiadania (np. na podstawie umowy użyczenia).

Istotą współpracy między podmiotami zajmującymi się profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych a instytucjami, takimi jak policja i sądy powinna być płynna wymiana informacji i prawidłowy podział kompetencji. Przykładowo, realizator gminnego programu, aby ułatwić kierowcom skazanym za jazdę pod wpływem alkoholu dostęp do podmiotów prowadzących programy reedukacyjne, powinien przekazać ich wykaz sądom, policji, ośrodkom leczenia uzależnień itp. Zapewni to łatwiejsze korzystanie z oferty reedukacyjnej bądź leczniczej osobom zainteresowanym.

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

Adresatami programów **psychokorekcyjnych dla kierowców zatrzymanych za jazdę w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu** są osoby odbywające karę pozbawienia wolności bądź te, które otrzymały karę w zawieszeniu za ww. czyny. 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. 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 (Dz.U. z 2013 r. poz. 9). Zawiera ono szczegółowe wytyczne dotyczące zawartości merytorycznej ww. programu. Jednym z jego celów jest zmiana postaw i przekonań kierowców dotyczących alkoholu przez omówienie dotychczasowych postaw i doświadczeń dotyczących kierowania pojazdami pod wpływem alkoholu. Natomiast program dla kandydatów na kierowców ma głównie charakter profilaktyczno-edukacyjny 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 do-  
raźnych 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 do 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.

Prowadząc kontrolę stanu trzeźwości kierowców należy bezwzględnie unikać angażowania w takie przedsięwzięcia osób niepełnoletnich ponieważ udział w tego rodzaju działaniach wiąże się z ryzykiem i może być dla dzieci i młodzieży niebezpieczne.

---

## **Działania na rzecz ograniczenia populacji osób pijących alkohol 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 mają 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**

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](http://www.wyhamujwpore.pl).

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

Dla skuteczności programu WRKI ważne jest stworzenie podręcznej biblioteczki dotyczącej wiedzy o problemach alkoholowych, dostarczenie listy teleadresowej placówek leczenia uzależnienia 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.

### **Działania profilaktyczne realizowane w środowisku pracy**

Jedną z ważnych, a niezwykle rzadko stosowanych przez gminy w praktyce możliwości, jest realizowanie działań profilaktycznych w środowisku pracy. Zapobieganie utracie pracy przez pracowników i wsparcie pracodawców w skutecznych sposobach utrzymania wykwalifikowanej kadry to jedno z zadań realizowanych w miejscu pracy. Działania profilaktyczne skierowane do osób dorosłych powinny być realizowane we współpracy z pracodawcami działającymi na terenie gminy. Mogą się w nie włączyć także przedstawiciele stowarzyszeń abstynenckich czy innych społeczności trzeźwościowych.

Programy te obejmują środowisko pracy i tam też są realizowane. Powinny w równym stopniu obejmować załogę oraz kadrę kierowniczą. W odniesieniu do konkretnych problemów, 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 rozwianiu obaw, które mogą towarzyszyć wprowadzaniu nowych rozwiązań, a także zapewni lepsze zrozumienie celów i motywów podejmowanych działań. Ograniczanie czynników ryzyka i wzmacnianie kompetencji i umiejętności pracowników w odniesieniu do problemów powodowanych przez picie alkoholu mają szansę stać się 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.

## **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 tych 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 2014 r. poz. 1118).

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

**Ruch AA** (Anonimowi Alkoholicy) z jego odgałęzieniami: Al-Anon (wspólnota rodzin i bliskich osób z problemem alkoholowym), Al-Ateen (wspólnota dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym) 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. O samej idei, powstaniu grupy, czasie trwania i celach decydują sami zainteresowani, czyli osoby, które łączy wspólny problem, np. chęć wspierania własnej trzeźwości czy radzenie sobie z negatywnymi przeżyciami, które są wynikiem nadużywania alkoholu przez bliską osobę. Z założenia powinny to być spotkania ludzi oparte na ich własnej inicjatywie i potrzebie korzystania z wza-

---

jemnej 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 niesłusznie używa się zamiennie z nazwą stowarzyszenie abstynenckie. W dużej mierze stowarzyszenia trzeźwościowe prowadzą kluby abstynenckie. Jest to wspólnota nieformalna. Miejsce – 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.

### **Stowarzyszenia abstynenckie**

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.

Ogólnie rzecz ujmując, 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 abstyntenckie 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 borykających się 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 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 odpowiednio do tego przygotowanymi osobami. 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 jest ich wspierająca rola w lokalnym systemie rozwiązywania problemów alkoholowych. Po pierwsze, przez włączenie się stowarzyszeń abstyntenckich w prace związane z opracowywaniem gminnego programu profilaktyki i rozwiązy-

---

wania 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, placówkami lecznictwa odwykowego, pomocą społeczną, gminną komisją rozwiązywania problemów alkoholowych oraz innymi instytucjami i organizacjami pozarządowymi.

## **Standaryzacja działań stowarzyszeń abstynenckich**

W celu podniesienia efektywności i jakości działań podejmowanych przez stowarzyszenia abstynenckie, a także porządkowania i stabilizowania zasad współpracy pomiędzy samorządem a stowarzyszeniami abstynenckimi, z inicjatywy Krajowej Rady Związków i Stowarzyszeń Abstynenckich, m.in. we współpracy z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Warszawie został zrealizowany projekt „Standardy działań stowarzyszeń abstynenckich”. Obejmował on kilka etapów i został zrealizowany w 60 stowarzyszeniach abstynenckich na terenie Polski. Efektem udziału w projekcie było wydanie certyfikatu potwierdzającego, że organizacja działa zgodnie ze standardami.

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

W ramach projektu została wydana publikacja „Jak prowadzić stowarzyszenie abstynenckie – standardy działań”, dostępna na stronie internetowej: [www.krajowarada.pl](http://www.krajowarada.pl).

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 ujednoczenie działań stowarzyszeń abstynenckich na poziomie organizacyjnym i formalnym, podnoszenie ich jakości oraz zwiększenie kompetencji osób zarządzających organizacją. Dla realizacji misji stowarzyszenia 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. Aby uzyskać dobrą skuteczność, jakość i stabilność działań wypełniających misję organizacji, należy położyć nacisk na obszar dotyczący zarządzania organizacją, w tym zarządzania finansami oraz tworzenia warunków techniczno-organizacyjnych dla prowadzonych działań statutowych. Dlatego też dokładne sprecyzowanie **standardu prowadzenia działań na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych** ma na celu zwiększenie jakości działań prowadzonych przez stowarzyszenia abstynenckie, skierowanych do osób z problemem alkoholowym oraz członków ich rodzin. Może to się przejawiać poprzez nabycie lub zwiększanie motywacji osób uzależnionych i współuzależnionych do podjęcia psychoterapii w placówkach leczenia odwykowego, zwiększanie wsparcia osób po zakończonym leczeniu, udzielanie 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 lokalnym środowisku. Nawiązywanie relacji i kontaktów z innymi instytucjami działającymi w tym samym czy podobnym obszarze pozwala nie tylko utrzymać określony poziom danego stowarzyszenia, ale także w 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 stwarza większe 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 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 zbyt niskie kwalifikacje bądź przerywane zdobywanie kwalifikacji czy przypadkowe doświadczenia zawodowe. Trudności ze znalezieniem pracy są często przyczyną nawrotów uza-

---

leżnienia. Praca daje zabezpieczenie finansowe, wypełnia czas, tworzy poczucie przynależności do określonej grupy zawodowej i daje poczucie spełnienia. Osoba z problemem alkoholowym lub osoby z bliskiego otoczenia, by skutecznie mogły poradzić sobie z problemami, oprócz terapii, programów wspomagających wytrwanie w trzeźwości czy wsparcia socjalnego, potrzebują 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 ujednoczenie 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 wszystkich podmiotów, które na poziomie lokalnym powinny tworzyć podstawę inicjującą działania w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, staje się niezbędnym warunkiem zwiększania skuteczności działań w tej dziedzinie w lokalnym środowisku.

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](http://www.krajowarada.pl)

Należy podkreślić, że opracowanie ogólnopolskich standardów pracy stowarzyszeń abstynenckich daje niepowtarzalną szansę na rozwój i profesjonalizację działalności tych stowarzyszeń, a także podniesienie jakości współpracy samorządów z organizacjami pozarządowymi, działającymi w sektorze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. W dalszej perspektywie stwarza możliwość zwiększenia istotnej roli, jaką organizacje abstynenckie odgrywają 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. Zarówno w zakresie pomocy i monitorowania stowarzyszeń, które już wdrożyły standardy, jak i w zakresie upowszechniania i wprowadzania ich w kolejnych stowarzyszeniach.

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 wspomaganiem działalności organizacji pozarządowych, zgodnie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, samorządy powinny wspomagać w działaniach służących rozwiązywaniu problemów alkoholowych także instytucje i osoby fizyczne.

Zasady udziału 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, która powinna polegać na wymianie informacji, konsultacjach, wspólnych inicjatywach na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, w szczególności na rzecz promocji i realizacji działań w tym zakresie czy organizowaniu konferencji, szkoleń i porad. Zakres i udział poszczególnych podmiotów i osób fizycznych będzie zależał od 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 instytucji, które można i należy angażować we współpracę w tym zakresie. Należą do nich m.in.: policja, sądy, kuratorzy, szkoły (nauczyciele i pedagodzy), ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, przychodnie, szpitale.

### **Izby wytrzeźwień**

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, a wynika ono z ustawy o samorządzie gminnym. Możliwe jest natomiast wsparcie finansowe realizacji 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. 13<sup>1</sup> i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego**

W przypadku złamania zakazu sprzedaży alkoholu niepełnoletnim 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. 4<sup>1</sup> 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 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 1997r, Nr 89, poz. 555, z późn. zm., dalej 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. 4<sup>1</sup> ust. 1 ustawy 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 o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie

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 CIS 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. 4<sup>1</sup> ust. 3 oraz art. 25 i art. 26 ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, należy powołanie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, na której spoczywa obowiązek podejmowania czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu.

Zgodnie z art. 24 ustawy, postępowanie zobowiązujące do podjęcia leczenia odwykowego dotyczy osób, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozpad życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy oraz systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny. Oznacza to, że sam fakt uzależnienia od alkoholu nie może stanowić samoistnej podstawy do zobowiązania danej osoby do podjęcia leczenia odwykowego, lecz muszą temu także towarzyszyć 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. 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.

- skierowanie na badanie – jeżeli osoba wezwana nie zgodzi się dobrowolnie poddać leczeniu, a wstępne czynności przeprowadzone w sprawie potwierdzają, że kontynuowanie postępowania jest korzystne dla tej osoby, uzasadnione jest skierowanie jej na badanie przez biegłych (psycholog lub specjalista psychoterapii uzależnień i psychiatra) w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego (art. 25 ustawy),
- przygotowanie dokumentacji związanej z postępowaniem sądowym wraz z opinią wydaną przez biegłego (art. 26 ust. 3 ustawy), do której należą: opinia wydana przez biegłych, protokół z rozmowy z osobą zgłaszającą do komisji przypadek nadużywania alkoholu, protokół z rozmowy z osobą uzależnioną od alkoholu, o ile do takiej rozmowy doszło, inne informacje w sprawie, jeśli osoba uzależniona nie stawiała się na rozmowę w terminie wskazanym przez komisję ani też na badanie przez biegłych, do wniosku należy dołączyć informację o podjętych w tej sprawie czynnościach (liczba i terminy wezwań wraz z informacją o niestawieniu się osoby wzywanej),
- 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 faktycznych okoliczności 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 2014 r., poz. 1025 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 jest z innymi kosztami postępowania, w tym przede wszystkim związanymi ze sporządzeniem 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 z kosztów sądowych należy zgłosić na piśmie lub ustnie do protokołu w sądzie, w którym sprawa ma być wytoczona lub już się toczy.

---

## Ważne zagadnienia 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. Należy jednak 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 natomiast nie jest karą dla osoby uzależnionej za zachowania naruszające normy społeczne. Podstawową metodą leczenia jest psychoterapia uzależnienia, która 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. W sumie 29% zobowiązanych rejestrowanych w placówkach kończy program podstawowy, ale to najczęściej nie jest 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, a po leczeniu szybciej i częściej wracają do picia alkoholu.
- Do osób, które w wyniku długoletniego uzależnienia straciły zdolność samodzielnego życia i podejmowania decyzji, powinno 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 umieszczona w szpitalu psychiatrycznym z zachowaniem istniejących przepisów prawa. Osoba, która w wyniku psychodegradacji alkoholowej nie jest w stanie samodzielnie żyć, powinna być umieszczona w zakładzie opiekuńczo-leczniczym 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 doświadczającym 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 jedynym rodzajem oddziaływań w sytuacji wystąpienia przemocy w rodzinie.

Przy aktualnej dynamice wzrostu liczby orzeczeń i jednocześnie przy bardzo niewielkim wzroście nakładów na leczenie odwykowe – wykonalność zobowiązań (i tak niska) będzie malała. W 2013 r. liczba osób oczekujących na umieszczenie w zakładzie stacjonarnym wynosiła 14 000.

### **Biegli sądowi**

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

Podobnie, jak to miało miejsce w poprzednim stanie prawnym, biegłych powołuje przy sądzie okręgowym prezes tego sądu. Nie zmieniła się także 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. Jako biegli mogą bowiem wystąpić także specjaliści psychoterapii uzależnień (czyli osoby legitymujące się certyfikatem specjalisty psychoterapii uzależnień). W wydaniu opinii musi uczestniczyć obligatoryjnie lekarz psychiatra, zaś drugim biegłym może być psycholog lub specjalista psychoterapii uzależnień.

---

Rozporządzenie modyfikuje także inny tryb powoływania biegłych. Kandydatów do listy biegłych, po uzyskaniu ich pisemnej zgody, zgłasza właściwemu terytorialnie prezesowi sądu okręgowego kierownik wojewódzkiego ośrodka terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w odniesieniu do psychologów oraz specjalistów psychoterapii uzależnień oraz konsultant wojewódzki w dziedzinie psychiatrii w odniesieniu do lekarzy psychiatrów. Lista biegłych jest publikowana w wojewódzkim dzienniku urzędowym w terminie miesiąca od dnia ich powołania. Prezes sądu okręgowego aktualizuje listę biegłych w miarę potrzeb, nie rzadziej jednak niż raz do roku. Wydłużeniu uległ okres, na jaki biegli są powoływani – z trzech do pięciu lat. 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 się składać 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. 4<sup>1</sup> 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 ona realizuje. Na liście tych podstawowych kompetencji powinny znaleźć się takie zagadnienia, jak:

- uzależnienie od alkoholu, leczenie osób uzależnionych, picie ryzykowne i szkodliwe oraz strategie pomocy,
- rodzina z problemem alkoholowym, w tym współuzależnienie,
- sytuacja dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym oraz strategie pomocy organizowanej w środowisku lokalnym z uwzględnieniem pracy socjoterapeutycznej,
- zjawisko przemocy w rodzinie – aspekty prawne i psychologiczne, praca w zespołach interdyscyplinarnych i grupach roboczych, procedura „Niebieskiej Karty”,
- skuteczne strategie profilaktyczne, wiedza o czynnikach ryzyka i czynnikach chroniących, 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, w tym zawartość merytoryczna uchwał podejmowanych przez rady gmin na podstawie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi,

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

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

PARPA nie rekomenduje żadnych podmiotów realizujących szkolenia dla członków gminnych komisji, ale zwraca uwagę na wybór takiego programu szkoleń, który w pełni odpowiada podanym wyżej blokom tematycznym oraz konieczność sprawdzenia czy osoby/wykładowcy realizujący poszczególne tematy zajęć posiadają odpowiednie kompetencje i praktyczne doświadczenie. Wydaje się, że czas szkolenia, podczas którego będzie możliwe omówienie wszystkich zagadnień powinien obejmować minimum 45 godzin dydaktycznych. Ważne jest, aby zajęcia dotyczące kontaktu z klientem gminnej komisji były prowadzone w formie warsztatów, podczas których będzie możliwe przećwiczenie konkretnych umiejętności. PARPA zwraca także uwagę, iż wykładowcy omawiający zagadnienia prawne (np. zagadnienia prawa karnego, cywilnego czy procesowego związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie czy z wydawaniem i cofaniem zezwoleń oraz kontrolą punktów sprzedaży napojów alkoholowych) powinni posiadać wykształcenie prawnicze. (Na wykształcenie prawnicze zwraca także uwagę MPiPS 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 o charakterze 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 z art. 4 pkt 7 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.) dotacje udzielane na podstawie innych ustaw nie podlegają przepisom tej ustawy.

Ustawę – Prawo zamówień publicznych – stosuje się natomiast w przypadku wszystkich innych niż dotacyjne umów zawieranych przez gminy na realizację zadań gminnego programu profilaktyki, których wartość przekracza wyrażoną w złotych równowartość 30 000 euro (netto). Istotną nowością wprowadzoną ustawą z dnia 14 marca 2014 r. o zmianie ustawy o Prawo zamówień publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 423) jest możliwość nie stosowania trybów przewidzianych w przepisach ustawy Prawo zamówień publicznych w odniesieniu do zamówień, których przedmiotem są dostawy lub usługi z zakresu działalności kulturalnej związanej z organizacją wystaw, koncertów, konkursów, festiwali, widowisk, spektakli teatralnych, przedsięwzięć z zakresu edukacji kulturalnej lub z gromadzeniem materiałów bibliotecznych przez biblioteki lub muzealiów, jeżeli zamówienia te nie służą wyposażaniu zamawiającego w środki trwałe przeznaczone do bieżącej obsługi jego działalności.

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, które mają 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 złagodzoną rygorom postępowania. Ustawa zwalnia w tym zakresie od obowiązku stosowania terminów składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu lub terminów składania ofert, wadium, zakazu ustalania kryteriów oceny ofert na podstawie właściwości wykonawcy oraz innych niż dotyczące wartości zamówienia przesłanek wyboru trybu negocjacji z ogłoszeniem, negocjacji bez ogłoszenia, zapytania o cenę, licytacji elektronicznej oraz obowiązku informowania w tych przypadkach Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych. W praktyce oznacza to, iż realizacja zadania polegającego np. na udzielaniu pomocy i wsparcia z zakresu psychoterapii lub socjoterapii osobom uzależnionym lub członkom ich rodzin (np. żonom, dzieciom alkoholików), wymagającego zatrudnienia terapeutów lub wychowawców w finansowanym przez gminę punkcie konsultacyjnym, świetlicy socjoterapeutycznej, ośrodka interwencji kryzysowej lub innej placówce dla osób uzależnionych od alkoholu – zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych – (na mocy wyżej wymienionego art. 5 ust 1) nie wymaga stosowania procedur postępowania przetargowego. W przypadku zamówień przekraczających kwotę 30 000 euro netto zlecający może wyłonić realizatora w jednym z trybów o ograniczonej konkurencyjności. Zamawiający (np. gmina) ma możliwość ustalenia kryteriów oceny ofert dotyczących właściwości dostawcy lub wykonawcy (kryteria podmiotowe). Rekomendowane jest, aby określały one 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 jest stosowany w ramach szkolenia lub edukacji ogólnej. Od wykładowcy należy oczekiwać udostępnienia konspektu wykładu zawierającego szkic podstawowych tez, które będą przedstawiane słuchaczom. Nie zaliczamy do wykładów zajęć opartych przede wszystkim na opowiadaniu swojej historii życia, doświadczeń osobistych itp. Wykładu nie może również stanowić przekazywanie informacji i wiedzy osobom uzależnionym w czasie terapii lub członkom rodzin, bardziej odpowiednim terminem jest tu psychoedukacja,
- **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 określającego przebieg kolejnych sytuacji. Typowa liczba uczestników to 12–18 osób. Używanie terminu „warsztat” poza obszarem programu szkoleniowego jest mylące. Dla zajęć związanych z rozwijaniem umiejętności w programach terapeutycznych lub profilaktycznych bardziej stosownym określeniem są „ćwiczenia praktyczne,
- **trening psychologiczny (interpersonalny, asertywności itp.)** – specjalistyczna metoda oddziaływania psychologicznego, służąca zmianie określonych zachowań, rozwojowi osobistemu oraz nabyciu nowych umiejętności interpersonalnych 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 aktualnie najczęściej podejmowane w ramach różnorodnych programów przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Mogą być prowadzone przy pomocy wolontariatu, a więc nieodpłatnego zaangażowania określonych osób pragnących pomagać innym ludziom. W pewnych okolicznościach mogą być również prowadzone na zasadach usługi świadczonej profesjonalnie i odpłatnie. Dotyczyć mogą np. dyżurów w punktach konsultacyjnych, w czasie których udziela się prostych informacji i wskazówek osobiście lub telefonicznie. Przy organizowaniu takich działań pożądane jest rozważenie, jakiego rodzaju kwalifikacje są potrzebne oraz promowanie wolontariatu umocnionego odpowiednim przeszkoleniem. Należy zwrócić uwagę na specyfikę usług konsultacyjnych wymagających wyższych kompetencji,
- **konsultacje specjalistów** – związane są z zapraszaniem wysoko wykwalifikowanych specjalistów (lekarzy, psychologów, socjologów, prawników) do doradztwa w zakresie pojawiających się problemów związanych z realizacją programów profilaktycznych, terapeutycznych, interwencyjnych i wymagających takich konsultacji,

- 
- **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 zalecane limity stawek w formie tzw. widełek pozwalają na zróżnicowanie wynagrodzenia w zależności od m.in.: kompetencji prowadzących, miejsca realizacji, odległości i czasu dojazdu, tematu, grupy odbiorców itd. **Określenie wynagrodzeń w wysokości zbliżonej do górnych limitów powinno być zastrzeżone dla osób z wyższym wykształceniem, o uznanych kompetencjach i specjalistycznym wykształceniu podyplomowym związanym z problematyką zajęć.** W wyjątkowych przypadkach (przyjazd wybitnego specjalisty z odległej miejscowości na 1- lub 2-godzinny wykład) można zaakceptować podwyższenie stawki za wykład. Poniższe stawki są podane w ujęciu brutto za godzinę dydaktyczną pracy.

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 **200–500 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 **120–150 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 **100-150 zł**,

- grupy do 15 uczestników może prowadzić jeden trener,

- należy podać kwalifikacje prowadzących, liczbę i wielkość grup, stawki, liczbę godzin zajęć.

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

- 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 **80-100 zł**,

- godzina psychoterapii grupowej w ramach programu terapeutycznego - wynagrodzenie **90-110zł**,

- mikroedukacja dla pacjentów w programach terapeutycznych - wynagrodzenie **40-80 zł**,

- 
- superwizja indywidualna lub grupowa specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień – wynagrodzenie **120–200 zł**,
  - Działania interwencyjno-wspierające dla członków rodzin, w których występują problemy alkoholowe:
    - systematyczne dyżury interwencyjno-wspierające – wynagrodzenie **30–60 zł**,
    - oddziaływania edukacyjno – korekcyjne dla sprawców przemocy – wynagrodzenie **40–65 zł**,
    - konsultacje specjalistów (prawnik, lekarz, psycholog kliniczny) – wynagrodzenie **45–70 zł**,
    - zajęcia terapeutyczne dla osób doświadczających przemocy **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 psycho-terapia DDA. Wymagane jest, aby osoby realizujące zadania terapeutyczne posiadały doświadczenie merytoryczne w pracy w placówkach profesjonalnych.

#### **Inne zadania i zalecane stawki**

- 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” a także 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 publicznemu zleceniodawcy prawo do bezpłatnego upowszechniania i korzystania z tych technologii.

**notatki**

---