

REKOMENDACJE

do realizowania
i finansowania
gminnych
programów
profilaktyki
i rozwiązywania
problemów
alkoholowych

w 2009 roku



Państwowa
Agencja
Rozwiązywania
Problemów
Alkoholowych

parpamedia
WYDAWNICTWO EDUKACYJNE

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

Projekt okładki:
Ewa Cwalina, Carta Blanca
Projekt graficzny wnętrza:
Joanna Goriaczko, Pro-Forma Sp. z o.o.
Skład, łamanie i korekta:
Tomasz Stasiak, Joanna Komorowska, Pro-Forma Sp. z o.o.

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

ISBN 978-83-89566-83-6

Wydanie I
Warszawa 2008

Druk i oprawa: OPOLGRAF SA

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
01-458 Warszawa, ul. Szańcowa 25
tel. 022 532 03 25, fax: 022 836 81 66
www.parpa.pl

Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA
Dział Dystrybucji
ul. Szczotkarska 48a
tel./fax: (22) 666 09 79
www.wydawnictwo.parpamedia.pl

SPIS TREŚCI

I. Zasady konstruowania gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych <i>Katarzyna Okulicz-Kozaryn</i>	5
II. Monitoring problemów alkoholowych i polityki wobec alkoholu w skali lokalnej <i>Janusz Sierosławski</i>	9
III. Zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu	17
IV. Inne działania	27
V Punkty konsultacyjne	28
VI. Udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie	30
VII. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie	43
VIII. Prawne aspekty pracy w zespołach interdyscyplinarnych ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie <i>Jarosław Polanowski</i>	48
IX. 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	52
Założenia do wdrażania skutecznych strategii profilaktycznych <i>Katarzyna Okulicz-Kozaryn</i>	52
X. Wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych	77
XI. Podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13 ¹ i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego	80
XII. Wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie Centrów Integracji Społecznej	82
XIII. Instytucja zobowiązania do leczenia odwykowego	83
XIV. Kompetencje członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych	88
XV. Porozumienia gminne	90
XVI. Dodatkowe informacje	94

I. Zasady konstruowania gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

Katarzyna Okulicz-Kozaryn

Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

W myśl ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473 z późn. zm.) zwanej dalej **ustawą** „prowadzenie działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracji społecznej osób uzależnionych od alkoholu należy do zadań własnych gmin”. Zadanie to, ma być realizowane w postaci gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, stanowiącego część strategii rozwiązywania problemów społecznych. I tu pojawia się problem: **Jak powinien być skonstruowany i jakie treści powinien zawierać gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych?**

Ustawa o wychowaniu w trzeźwości funkcjonuje już od wielu lat i wszystkie gminy mają wieloletnie doświadczenia w pisaniu takich programów. Jednak z roku na rok wzrastają wymagania instytucji centralnych i międzynarodowych wobec samorządów opracowujących lokalne programy i strategie działania. Przede wszystkim oczekuje się informacji na temat przebiegu realizacji i efektów gminnego programu. Takie działanie ma na celu uzasadnienie gospodarowania publicznymi pieniędzmi w określony sposób. Środków finansowych na działania w obszarze zdrowia, edukacji i rozwiązywania problemów społecznych jest zawsze zbyt mało w stosunku do potrzeb. Dlatego też pytanie o to, czy dostępne w środowisku lokalnym fundusze zostały spożytkowane w najbardziej racjonalny, najbardziej efektywny sposób, ma podstawowe znaczenie również dla mieszkańców gminy.

Aby odpowiedzieć na te kluczowe pytania, konieczna jest ocena sposobu realizacji gminnego programu i jego poszczególnych elementów oraz ocena efektów podjętych działań. Czyli monitoring i ewaluacja – zadania trudne nie tylko z perspektywy społeczności lokalnych, ale również ośrodków naukowo-badawczych. Poniżej przedstawiamy krótki przewodnik opracowywania i ewaluacji gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

1. Monitorowanie problemów związanych z piciem alkoholu w społeczności lokalnej

Jest to najlepszy sposób zebrania informacji o tym, z jakimi problemami aktualnie musi się zmierzyć dana gmina. Na ich podstawie można precyzyjnie określić cele i zadania gminnego programu na najbliższe lata. Systematycznie prowadzony monitoring (powtarzanie tych samych badań, zbieranie tych samych informacji w określonych odstępach czasu (np. co dwa lata), pozwala sprawdzić, czy coś się w społeczności lokalnej zmienia – czy problemów jest mniej, czy więcej? Jest to sposób odpowiedzi na pytanie, czy lokalny program profilaktyczny przynosi oczekiwane efekty.

Istnieje wiele sposobów monitorowania problemów lokalnych: od wywiadów z przedstawicielami instytucji działających na terenie gminy (ośrodków pomocy społecznej, barów, szkół, placówek medycznych itd.), poprzez zbieranie danych liczbowych z tego typu instytucji (np. o liczbie zatrzymań nietrzeźwych kierowców), do badań ankietowych w populacji ogólnej – wśród mieszkańców gminy lub wśród uczniów w szkołach. Zakres i rodzaj danych pozyskiwanych w ramach monitoringu każda gmina może dostosować do swoich potrzeb i możliwości. Wiele informacji praktycznych, które mogą ułatwić planowanie i prowadzenie monitoringu lokalnych problemów alkoholowych można znaleźć w publikacji „Monitorowanie narkotyków i narkomanii na poziomie lokalnym” wydanej przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii (Warszawa, 2007).

2. Konstrukcja gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

Aby gminny program można było objąć sensowną ewaluacją, musi być opracowany i zapisany w określony sposób. Jednym z wymogów jest jasne sformułowanie: celu ogólnego (głównego), celów szczegółowych (operacyjnych), działań (zadań), wskaźników realizacji działań i wskaźników osiągnięcia celów. Ponadto program musi być wewnętrznie spójny. Wszystkie wymienione powyżej elementy muszą być ze sobą logicznie powiązane:

- Cele programu powinny w sposób logiczny wynikać z diagnozy sytuacji lokalnej i rozpoznanych w gminie problemów.
- Cele szczegółowe powinny wskazywać sposoby osiągnięcia celu głównego.
- Planowane działania powinny być adekwatne do celów (realizacja każdego z zadań powinna ułatwiać osiągnięcie celu szczegółowego).
- Wskaźniki realizacji zadań powinny jednoznacznie określać, czy dane działanie zostało zrealizowane zgodnie z planem.
- Wskaźniki osiągnięcia celów powinny jasno określać, czy dany cel został osiągnięty.

Dobre przygotowanie gminnego programu jest łatwiejsze, gdy jasno zdefiniujemy wszystkie wymienione tu terminy. Lektura różnego rodzaju programów profilaktycznych wskazuje, że ich autorzy często mylą, np. cele z działaniami, a działania ze wskaźnikami. Sprecyzujemy:

- **Cele powinny jasno wskazywać, w jaki sposób sytuacja lokalna lub odbiorcy programu mają się zmienić w wyniku jego realizacji.**

Cel główny „Ograniczenie picia alkoholu przez osoby niepełnoletnie” jasno pokazuje, że oczekujemy, iż w wyniku realizacji gminnego programu zmniejszy się liczba nastolatków sięgających po napoje alkoholowe. Natomiast, gdyby w programie znalazło się sformułowanie „Ograniczanie picia alkoholu przez osoby niepełnoletnie”, nie mielibyśmy takiej pewności, jaki ma być efekt końcowy (zastosowanie trybu ciągłego sugeruje prowadzenie działań, a nie wykonanie dzieła). Również cel programu sformułowany jako „Wdrażanie programów profilaktyczno-interwencyj-

nych adresowanych do młodych ludzi eksperymentujących z alkoholem oraz do grup ryzyka” – nie daje pewności, jaki efekt ma przynieść to „wdrażanie”.

Cel główny powinien wyjaśniać, jaki jest oczekiwany efekt końcowy realizacji programu, a cele szczegółowe – jakie są zamierzone efekty bezpośrednie. Można przypuszczać, że w naszym przykładzie, jednym z celów szczegółowych, których osiągnięcie może ułatwić osiągnięcie celu głównego, jest „Zwiększenie skuteczności egzekwowania prawa zakazującego sprzedaży napojów alkoholowych osobom małoletnim”. Inne cele szczegółowe mogą dotyczyć: „Poprawy umiejętności wychowawczych i sprawowania kontroli nad dziećmi przez rodziców” lub „Rozwoju umiejętności interpersonalnych i indywidualnych nastolatków”.

■ Działania (zadania) to określenie tego, co i w jaki sposób zostanie zrobione, aby osiągnąć cele programu. Informują, na co zostanie poświęcony czas i środki dostępne w trakcie realizacji programu.

Działania, które mogą ułatwić osiągnięcie celu szczegółowego „Zwiększenie skuteczności egzekwowania prawa zakazującego sprzedaży napojów alkoholowych osobom małoletnim” mogą polegać np. na systematycznym przeprowadzaniu kontroli punktów sprzedaży lub przeszkoleniu sprzedawców i barmanów w zakresie kontrolowania wieku klientów. Z kolei, aby osiągnąć cel „Poprawa umiejętności wychowawczych i sprawowania kontroli nad dziećmi przez rodziców” warto jest poszukać dobrego programu edukacyjnego dla rodziców i zaprosić jego realizatorów do poprowadzenia zajęć dla chętnych rodzin na terenie gminy. Innym działaniem w ramach tego celu może być upowszechnienie, np. poprzez szkoły, ośrodki pomocy społecznej lub bibliotekę dobrych publikacji na dany temat przeznaczonych dla rodziców.

■ Wskaźniki to miary, po których poznajemy, że dany cel został osiągnięty (wskaźniki osiągnięcia celów) lub dane działanie zostało zrealizowane (wskaźniki realizacji działań).

Jeżeli cele i działania zostały dobrze sformułowane, to dobór odpowiednich wskaźników jest sprawą niezwykle prostą. Widać to na poniższym przykładzie.

Oczywiście ocena osiągnięcia celów wymaga pomiaru wskaźników przed rozpoczęciem realizacji programu i po jej zakończeniu. W poniższym przykładzie do większości celów i działań można dobrać kilka różnych wskaźników. Pomiar części z nich jest mało kłopotliwy – wystarczy sięgnąć do odpowiednich dokumentów (sprawozdań realizatorów szkoleń lub dokumentów urzędowych). Inne – wymaga-

Cel główny gminnego programu:

Ograniczenie picia alkoholu przez osoby niepełnoletnie.

Wskaźnik(i):

■ Odsetek nastolatków często pijących alkohol (w ciągu ostatnich 30 dni).

■ Odsetek nastolatków, którzy w ciągu ostatnich 12 miesięcy upili się alkoholem (przy jednej okazji wypili co najmniej 5 standardowych porcji alkoholu).

Cel szczegółowy nr 1:

Zwiększenie skuteczności egzekwowania prawa zakazującego sprzedaży napojów alkoholowych osobom małoletnim.

Działania w ramach celu szczegółowego nr 1:

Systematyczne przeprowadzanie kontroli punktów sprzedaży napojów alkoholowych.

Przeszkolenie sprzedawców i barmanów w zakresie kontrolowania wieku klientów.

Wskaźnik(i):

- Odsetek dzieci i młodzieży, które spotkały się z odmową sprzedaży alkoholu ze strony sprzedawcy.
- Liczba cofniętych zezwoleń na sprzedaż i podawanie napojów alkoholowych w związku ze sprzedażą alkoholu małoletnim.

Wskaźnik(i):

- Liczba przeprowadzonych kontroli.
- Liczba ujawnionych przypadków naruszeń prawa.
- Liczba osób uczestniczących w szkoleniu.
- Ocena szkolenia przez jego uczestników.

ją dodatkowego wysiłku (np. przeprowadzenia badań ankietowych). I oczywiście analiza realnych możliwości uzyskania, interesujących z perspektywy ewaluacji programu, danych powinna być jednym z kryteriów doboru wskaźników.

3. Treści gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych

Gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych musi być obszerny i uwzględniać wiele aspektów funkcjonowania społeczności lokalnej. W środowisku lokalnym alkohol jest kupowany (a czasem również wytwarzany) i spożywany. W najbliższym otoczeniu kształtują się przekonania i zachowania dzieci związane z alkoholem. Tu powstają i są podtrzymywane określone normy i zwyczaje związane z jego spożywaniem. W społeczności lokalnej najbardziej widoczne są także konsekwencje nadużywania alkoholu, a szkody spowodowane nadmiernym pićciem obciążają budżet lokalny.

W związku z tym, treści gminnych programów często obejmują: profilaktykę, leczenie, reintegrację społeczną, wszechstronną pomoc rodzinom z problemem alkoholowym, edukację społeczną, działania na rzecz poprawy bezpieczeństwa i przestrzegania prawa. W każdym z tych obszarów możliwe są różne, mniej lub bardziej skuteczne działania. Ich wybór zależy od wiedzy, doświadczenia, otwartości, umiejętności współpracy, operatywności, zainteresowań i gotowości do poszukiwania nowych, lepszych rozwiązań przedstawicieli samorządów lokalnych, a także od zasobów ludzkich i materialnych gminy. Wskazówki dotyczące merytorycznej zawartości gminnych programów są przedstawione w dalszej części rekomendacji.

II. Monitoring problemów alkoholowych i polityki wobec alkoholu w skali lokalnej

Janusz Sierostawski

Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Wprowadzenie

Od wielu lat w Polsce, podobnie jak w innych krajach, wiele nadziei w budowaniu strategii rozwiązywania problemów alkoholowych wiąże się z jej realizacją na poziomie społeczności lokalnych. Wyrazem tego jest ustawowe zobowiązanie do tworzenia gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeznaczenie specjalnych środków finansowych na ich realizację. Jeśli takie programy mają być najlepszą możliwą odpowiedzią na problemy związane z alkoholem w społeczności, z optymalnym wykorzystaniem sił i środków, jakimi społeczność dysponuje, to projektowanie ich musi poprzedzić dokładna diagnoza problemów. Jej przedmiotem winno być zdobycie możliwie pełnego rozeznania co do istoty i rozmiarów zjawiska w skali lokalnej. Ponadto trzeba wiedzieć, jakimi zasobami się dysponuje i jakie można dodatkowo uruchomić. Warto też podsumować doświadczenia zdobyte w dotychczasowych działaniach. Ostatnia kwestia, którą należy zbadać, to kontekst kulturowy, społeczny, ekonomiczny, w jakim rozwija się zjawisko i w jakim projektowane będą działania zapobiegawcze. Wszystkie wymienione tu kwestie powinny zostać dokładnie rozpoznane, tak aby zarówno cele programu, jak i jego aktywności, osadzone były w lokalnych realiach i w możliwie najlepszy sposób odpowiadały na lokalne potrzeby.

Chociaż problemy związane z alkoholem mają w pewnym sensie uniwersalny charakter, to w danym środowisku lokalnym mogą przybierać różną formę. Wyniki badań epidemiologicznych dowodzą, że konsumpcja alkoholu oraz problemy, jakie się z tym wiążą, są silnie zróżnicowane terytorialnie zarówno co do rozmiarów, jak i charakteru. W Polsce spotkać można miasta, czy gminy wiejskie, gdzie picie wiąże się przede wszystkim z problemami zdrowotnymi, gdzie indziej na pierwszy plan wysuwają się kwestie zakłócenia porządku publicznego lub szkody wynikające z funkcjonowania nielegalnego rynku alkoholowego. W niektórych miejscowościach niepokojące rozmiary przybiera popularność napojów alkoholowych wśród młodzieży, a nawet dzieci, w innych – głównym problemem są dorośli alkoholicy, wykluczeni z życia społecznego. Zróżnicowaniu terytorialnemu podlegają też reakcje społeczne na nadmierne picie oraz związane z tym problemy. Chociaż wszędzie zjawisko to spotyka się z potępieniem, jednak lokalnie przybiera ono bardzo różne formy. W zróżnicowany sposób postrzegana jest też waga problemów alkoholowych na tle innych problemów społecznych, a tym samym gotowość do wsparcia działań w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Wreszcie poszczególne strategie zapobiegawcze będą zapewne niejednakowo akceptowane w poszczególnych miastach czy gminach. Na przykład nie wszędzie ograniczenie dostępności napojów alkoholowych poprzez limitowanie liczby punktów sprzedaży alkoholu spotka się z pełnym poparciem. Gminny program profilaktyki

i rozwiązywania problemów alkoholowych, jeśli ma być skuteczny, powinien uwzględniać specyfikę w każdym z tych wymiarów. Dlatego też nie może istnieć jeden standardowy program dla wszystkich gmin, konieczne natomiast wydaje się opracowanie w każdej gminie programu, który stanowiłby najlepiej dostosowaną do warunków lokalnych odpowiedź na problem z uwzględnieniem jego środowiskowej specyfiki.

Cele monitoringu

Zasadniczym celem monitorowania jest stałe śledzenie wystandaryzowanymi metodami lokalnego środowiska alkoholowego, co umożliwi porównania między społecznościami lokalnymi. Stałe monitorowanie sytuacji alkoholowej ma dostarczyć podstaw do planowania działań profilaktycznych oraz w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, a także przesłanek do oceny ich skuteczności. Możliwość porównania trendów w różnych społecznościach pozwala lepiej rozumieć procesy związane z rozwiązywaniem problemów alkoholowych, a także tworzy podstawy do lepszej koordynacji działań. Cel monitoringu ma zatem charakter praktyczny, dane są zbierane i analizowane z intencją dostarczenia wniosków i rekomendacji użytecznych w praktyce działaczom społecznym szczebla lokalnego oraz profesjonalistom zajmującym się profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych. Monitoring może też dostarczać danych do ewaluacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Monitoring a diagnoza

Przeprowadzenie diagnozy wymaga zgromadzenia informacji, poddania ich analizie i wreszcie sformułowania wniosków. W zależności od wielkości i potencjału gminy, diagnoza może zostać przeprowadzona we własnym zakresie lub zlecona specjalistom. Potrzebnych informacji do diagnozy mogą dostarczyć statystyki oraz dokumentacja instytucji reagujących na problemy związane z alkoholem. Należą do nich: dane policyjne o liczbie przestępstw popełnianych pod wpływem alkoholu, dane z dokumentacji placówek leczenia uzależnień o liczbie osób korzystających z leczenia, dane pomocy społecznej o liczbie osób, które otrzymały pomoc w związku z problemami alkoholowymi, dane GUS o zgonach z powodu marskości wątroby zebrane w ramach czasowych za kilka lub, o ile to możliwe, kilkanaście ostatnich lat. Pozwalają one na ocenę trendów w rozwoju zjawiska. Tworzą także obraz aktywności poszczególnych instytucji.

Większość wymienionych tu instytucji ma charakter ponadgminny. W przypadku większych miast, w szczególności tych na prawach powiatów, łatwiej pozyskać dane, bowiem są one zwykle opracowywane na tym poziomie. W przypadku mniejszych miast i gmin wiejskich uzyskanie informacji wymaga pracochłonnego sięgnięcia do dokumentacji źródłowej.

Cennych informacji o problemie dostarczyć mogą wywiady z osobami pijącymi nadmiernie, w tym ze środowisk zmarginalizowanych społecznie. W ten sposób można zidentyfikować nie tylko dominujące wzory nadużywania alkoholu oraz ich konsekwencje, ale także wysondować potrzeby tej grupy w zakresie pomocy oraz

bariery w dostępie do leczenia i innych rodzajów pomocy. Ważne jest, aby do tych wywiadów rekrutować osoby w ich środowisku. Pozwoli to docierać do kręgów osób, które jeszcze nie weszły w kontakt z instytucjami zajmującymi się tym problemem. Do prowadzenia wywiadów należy zatrudnić osoby doświadczone w kontaktach z takimi środowiskami, np. pracowników pomocy społecznej lub placówek leczniczych.

Wywiady jako sposób pozyskania informacji można stosować zarówno w przypadku eksploracji środowisk pijących problemowo, jak i w przypadku przyglądania się młodzieży, która dopiero eksperymentuje z alkoholem lub pije, co najwyżej, okazjonalnie. Inne wykorzystanie tej metody to wywiady z przedstawicielami instytucji reagujących na problemy alkoholowe, wywiady skierowane na ocenę ich zasobów, dotychczas podejmowanych działań oraz potrzeb i problemów. W diagnozie zasobów ważne jest, aby nie tylko zewidencjonować to, czym dysponują poszczególne instytucje (personel, jego kwalifikacje, baza lokalowa, środki finansowe, struktura organizacyjna itp.), ale także przyjrzeć się ich dotychczasowemu wykorzystaniu. Z jednej strony trzeba poszukiwać rezerw, z drugiej identyfikować działania o wątpliwej skuteczności. Źródłem znacznych rezerw bywa zwykle współpraca między instytucjami. Ocena ich współdziałania powinna zaowocować rekomendacjami do poprawy koordynacji ich aktywności.

Przystępując do wywiadów zawsze trzeba wcześniej opracować zestaw pytań lub kwestii do dyskusji. Niezwykle istotną sprawą jest zapewnienie anonimowości naszym rozmówcom.

W przypadku większych miast można odwołać się do wystandaryzowanych badań ankietowych realizowanych na losowo wybranych reprezentatywnych próbach mieszkańców lub pewnych grup, jak na przykład młodzieży. Ta metoda zbierania danych jest zwykle kosztowna i wymaga specjalistycznego przygotowania, ale może przynieść mnóstwo informacji o wzorach picia, w tym oszacowania rozmiarów konsumpcji napojów alkoholowych oraz liczby osób pijących nadmiernie. W ten sposób możemy wysondować postawy społeczne wobec alkoholu oraz różnych metod zapobiegania problemom alkoholowym. Uzyskać możemy także dane o dostępności świadczeń leczniczych i profilaktycznych, jak również o ich społecznej percepcji.

Przy użyciu metody ankietowej zwykle trudno jest oszacować liczbę osób uzależnionych od alkoholu. Do tego celu posłużyć się trzeba także innymi metodami, z których najprostsza nazywana jest metodą punktu odniesienia (z ang. „benchmark”)¹. Do oszacowania liczby uzależnionych można też się posłużyć formułą wiążącą rozmiary uzależniania z liczbą zgonów z powodu marskości wątroby.

Niezależnie od tego, jakie metody zbierania danych znajdują zastosowanie w przygotowywaniu diagnozy, najważniejsze jest usystematyzowanie zebranych informacji, ich prawidłowa interpretacja oraz wyciągnięcie z nich praktycznie użytecznych wniosków i rekomendacji. Etap diagnozy można zakończyć wtedy, gdy w jego wy-

¹ Metoda ta została opisana szczegółowo w podręczniku do monitorowania problemu narkotyków i narkomanii wydanym przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Znaleźć tam można także przykład jej zastosowania do szacowania liczby osób używających problemowo narkotyków.

niku wyłoni się taki obraz zjawiska, który pozwoli zidentyfikować najważniejsze problemy w obszarze alkoholu, wymagające interwencji oraz gdy będziemy już znali wszystkie zasoby, jakimi możemy dysponować, a także efekty ich dotychczasowego wykorzystania.

Diagnoza formułowana na podstawie wyników monitoringu nie ma charakteru jednorazowego, to podejście umożliwia prowadzenie diagnozy w sposób ciągły poprzez stałe jej uaktualnianie. Dzięki monitoringowi możemy uchwycić zmiany, jakie dokonują się w lokalnym środowisku alkoholowym w wyniku własnej dynamiki zjawiska czy też pod wpływem działań w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Monitoring a ewaluacja

Drugim podstawowym celem monitorowania jest dostarczenie wiarygodnych informacji do oceny realizacji gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i ewentualnej modyfikacji podjętych działań. Innymi słowy – monitorowanie może służyć ewaluacji programu. Dostarcza danych zarówno do ewaluacji procesu, jak i ewaluacji wyniku, tzn. do oceny przebiegu działań podjętych w trakcie realizacji programu oraz do oceny stopnia, w jakim udało się osiągnąć cele programu.

Ten ogólny cel znajduje konkretyzację w postaci pytań, na które odpowiedzi mogą się przyczynić do oceny programu i to zarówno na poziomie celów, jak i doboru środków. Pytania te dotyczą trzech zasadniczych obszarów zagadnień:

1. Zmiany w zakresie konsumpcji alkoholu oraz problemów, jakie się z tym wiążą, w kontekście zmian związanych z innymi problemami w społeczności.
2. Dynamika realizacji programu i zasobów w nim wykorzystywanych.
3. Zmiany lokalnego kontekstu społecznego i ekonomicznego oraz odbioru programu.

Odpowiedzi na pytania z pierwszego obszaru dostarczają danych do oceny wielkości zmian w nasileniu i charakterze zjawiska, któremu chcemy zapobiegać, lepszego rozumienia jego struktury oraz mechanizmów jego rozwoju w warunkach lokalnych. Osadzenie problemów związanych z alkoholem w kontekście innych problemów pozwala z jednej strony na właściwą ocenę dynamiki tych problemów, z drugiej na ocenę stopnia uwikłania w inne problemy społeczne. Podjęcie w ramach programu działań z zakresu profilaktyki pierwszego stopnia, z natury swojej niespecyficznych, oddziałujących profilaktycznie również na inne sfery zachowań skłania do zdobycia rozeznania także w ich zakresie. Szczególnie istotna wydaje się tu problematyka innych niż picie alkoholu problemów młodzieży, takich jak np. przemoc czy używanie innych substancji psychoaktywnych. Śledzenie zmian na mapie problemów zarówno w sensie jakościowym, jak rozmieszczenia terytorialnego, powinno dostarczyć danych do oceny efektów podejmowanych działań, identyfikację niepożądanych efektów ubocznych oraz w konsekwencji – umożliwić zaplanowanie ewentualnych modyfikacji programu.

Drugi obszar zagadnień monitoringu obejmuje sam przebieg działań oraz zmiany w potencjale społeczności w zakresie przeciwdziałania problemom związanym z alkoholem. Dane zbierane w trakcie monitorowania mają dostarczyć odpowiedzi na pytania o to, jak przebiega sam proces realizacji programu. Analizie poddaje się takie kwestie jak: czy i na ile działania podejmowane przez różne instytucje są ze sobą skoordynowane oraz podporządkowane ogólnej strategii. Jeśli nie są, to należy odnaleźć źródło braku współpracy. Oprócz baczego przyjrzenia się instytucjom, które prowadzą działania w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, warto też zdobyć orientację, jakie nowe instytucje mogłyby się w takie działania zaangażować. W zakres pojęcia potencjału społeczności wchodzi też stopień kompetencji przyszłych realizatorów programu. Zbierać należy także dane o tym, jak zmienia się poziom przygotowania realizatorów poszczególnych przedsięwzięć do pracy profilaktycznej.

Trzeci obszar zagadnień poddany monitorowaniu w najmniejszym stopniu wiąże się z samą realizacją programu, chociaż wydaje się równie istotny jak dwa poprzednie. O ile pierwszy dotyczył zmian w przedmiocie programu, drugi działań i działających podmiotów, to trzeci koncentruje się na warunkach działania, czyli na całym otoczeniu środowiskowym oraz na percepcji programu. Obejmuje on pytania o warunki akceptacji przez społeczność, zarówno całego programu, jak poszczególnych działań. Istotnym czynnikiem powodzenia są postawy społeczne wobec alkoholu, waga problemów związanych z alkoholem w odczuciu społecznym, wreszcie gotowość wspierania inicjatyw w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Na etapie wdrażania programu warto wiedzieć, gdzie lokują się potencjalni sojusznicy, a gdzie spotykamy przeciwników.

Wiedza o stosunku społeczności do problemów alkoholowych oraz do podejmowanych działań może służyć zarówno do modyfikacji programu, jak i prób wpływania na społeczność. Jeśli w wyniku monitorowania okazuje się, że któraś z podjętych inicjatyw nie jest akceptowana przez mieszkańców, możemy z niej zrezygnować lub podjąć akcję edukacyjną nastawioną na zmianę postaw. Śledząc reakcje społeczności możemy w porę podjąć działania skierowane na uniknięcie konfliktu zanim się w pełni rozwinie i położy cieniem na całym programie.

Gminny program jest strukturą zorganizowaną na poziomie społeczności lokalnej. Ta jego cecha wyznacza jeden z poziomów analiz ewaluacyjnych. Oznacza to, że pytania o efekty programu mogą być stawiane również na poziomie całej społeczności. Wprawdzie bezpośrednim przedmiotem oddziaływań są problemy związane z alkoholem, to jednak struktura programu zakłada podjęcie i zintegrowanie działań na różnych poziomach, takich jak władze lokalne, instytucje (oświata, służba zdrowia, policja itp.), wyspecjalizowane agencje (świetlice, kluby, poradnie, organizacje pozarządowe itp.), instytucje nieformalne – np. rodzina lub kręgi sąsiedzkie. W rezultacie program wpływa w pewnym stopniu nie tylko na jednostki, ale również na wszystkie instytucje i na całe życie społeczne miejscowości. W ewaluacji możemy zatem poszukiwać generalnego efektu dla całej społeczności wszystkich oddziaływań programu en bloc, traktując je jako całość bez wnikania w ich wewnętrzną strukturę. Przyjmując takie założenia, w poszukiwaniu wskaźników globalnych ulokowanych na poziomie całej społeczności, możemy sięgnąć za-

równy do wskaźników tworzonych specjalnie na potrzeby ewaluacji programu, jak i do danych rutynowo zbieranych przez różne instytucje. Jako instrumenty ewaluacji użyteczne mogą być przede wszystkim wszelkie dane statystyczne i sprawozdawcze, powstające w powtarzalny sposób w stałych odstępach czasu. Planując sposób dokumentowania podjętych działań, warto zadać sobie trud przemyślenia ich pod kątem przydatności do ewaluacji.

Metody monitorowania

Monitoring lokalny należy prowadzić z zastosowaniem różnych metod badawczych. Każda z nich może służyć do pozyskiwania i analizy danych z różnych obszarów. Należy dążyć do zastosowania wielu metod, dzięki temu uzyskamy możliwie pełny i wielostronny obraz zjawiska, a ponadto będziemy mieli możliwość sprawdzenia czy jest on wewnętrznie spójny.

W monitoringu znajdują zastosowanie, zarówno metody ilościowe, jak i jakościowe. Do najczęściej używanych należą:

Metody ilościowe:

- przegląd i analiza danych statystycznych,
- badania ankietowe z zastosowaniem wystandaryzowanego kwestionariusza,
- oszacowanie liczby osób pijących problemowo.

Metody jakościowe:

- indywidualne wywiady pogłębione,
- wywiady grupowe (Grupy fokusowe)²,
- obserwacje,
- podejście etnograficzne – obserwacja uczestnicząca³.

Monitorowanie przy użyciu różnych metod powinno zmierzać do uchwycenia następujących podstawowych wskaźników:

- zgłaszalność do leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego z powodu problemów alkoholowych (uzależnienie, nadużywanie bez uzależnienia, psychozy alkoholowe), w tym zgłoszenia pierwszorazowe oraz liczba osób, które ukończyły cały program leczenia,
- interwencje pierwszej pomocy w związku z alkoholem,

² Ta metoda zbierania informacji wykorzystuje interakcje między badanymi. W czasie dyskusji respondenci ujawniają więcej szczegółów badanego zjawiska, analizują je głębiej niż w trakcie kontaktu indywidualnego z ankieterem.

³ Istotą tego podejścia jest próba zrozumienia sytuacji obiektu badania, poprzez przyjęcie w analizie jego punktu widzenia. Spojrzenie na osoby pijące problemowo z perspektywy ich doświadczeń, norm i wartości przynosi niekiedy proste wyjaśnienia zachowań niezrozumiałych na gruncie doświadczeń wypływających z życia codziennego przeciętnych ludzi. Metoda etnograficzna zakłada technikę obserwacji uczestniczącej, jako podstawowy sposób zbierania danych. Uczestnicząc w życiu interesującej nas grupy, obserwując niejako „od wewnątrz” procesy w niej zachodzące, jesteśmy w stanie rzeczywiście zmienić sposób interpretowania i oceny badanej rzeczywistości tak, aby patrzeć na nią z perspektywy badanych.

- ranni w wypadkach drogowych związanych z alkoholem,
- zgony związane z alkoholem (marskość wątroby, śmiertelne zatrucia alkoholem, samobójstwa, wypadki drogowe powodowane przez nietrzeźwych),
- policyjne interwencje domowe związane z alkoholem,
- rozwody z nadużywaniem alkoholu jako głównym powodem rozkładu pożycia małżeńskiego,
- przejawy marginalizacji społecznej związanej z alkoholem (ubóstwo, bezdomność, bezrobocie itp.),
- wypadki drogowe związane z alkoholem (kierujący pojazdami, piesi),
- wykroczenia związane z alkoholem, w tym wykroczenia drogowe,
- nietrzeźwość publiczna (doprowadzeni do izby wytrzeźwień, jednostki policji bądź miejsca zamieszkania, izolowani w izbach wytrzeźwień lub aresztach policyjnych),
- przestępczość związana z alkoholem (dane policyjne i sądowe),
- rynek napojów alkoholowych (sieć sprzedaży, obroty, rynek nielegalny – dane policyjne),
- dostępność napojów alkoholowych,
- rozmiary konsumpcji alkoholu oraz wzory picia wśród dorosłych i młodzieży,
- postawy wobec alkoholu i polityki z nim związanej,
- zasoby i działania w zakresie profilaktyki (liczba i zasięg programów, liczba uczestników, kadra, instytucje profilaktyczne),
- zasoby i działania w zakresie leczenia (liczba placówek leczniczych, personel, zróżnicowanie i jakość oferty terapeutycznej),
- dostępność profilaktyki, leczenia oraz innych form pomocy dla osób z problemem alkoholowym.

Schematy zbierania danych, kwestionariusze oraz pozostałe narzędzia badawcze powinny zostać wypracowane wspólnie, tak aby zapewnić porównywalność wyników z różnych gmin. Istotne jest uwzględnienie doświadczeń badawczych zebranych dotychczas w naszym kraju, tak aby wyniki monitoringu można było osadzić w dłuższej perspektywie czasowej.

Wdrażanie monitoringu

Pierwszym etapem prac nad monitoringiem jest przygotowanie tzw. mapy informacyjnej. Chodzi o zidentyfikowanie oraz analizę dostępnych źródeł informacji. Mapa powinna zawierać zatem nie tylko ewidencję źródeł danych, ale także dokładny opis zakresu i metody ich zbierania oraz powiązanie między danymi a badanym zjawiskiem. Mapa pokazuje konstrukcję wskaźników, które posłużą do monitorowania, wskazuje na ich rolę i znaczenie w monitoringu oraz ograniczenia

w ich interpretacji. Określa, jakie aspekty zjawiska odzwierciedlają dane i jakich skrzywień możemy oczekiwać. Jednym słowem – dostarcza podstaw metodologicznych do interpretacji wskaźników.

Kolejnym krokiem w przygotowaniu monitoringu jest jego konceptualizacja. Polega ona na sformułowaniu pytań badawczych, przy użyciu których prowadzić będziemy monitoring oraz na stworzeniu listy wskaźników pomocnych w osiągnięciu tego celu. Na podstawie mapy informacyjnej możemy zidentyfikować zakres informacji dostępnej ze statystyk oraz analizy dokumentów, zakres informacji niezbędnej do interpretacji trendów dostępnych wskaźników, jak również „białe plamy” w naszej wiedzy o zjawisku i jego rozwoju.

W procesie konceptualizacji trzeba zaplanować, jakie wskaźniki uwzględnimy w monitoringu, w jaki sposób będziemy zbierać dane, jakie podejmiemy przedsięwzięcia badawcze. Zakres dostępnych danych oraz możliwych do zrealizowania badań zależy w dużej mierze od wielkości gminy i jej możliwości finansowych. W małych gminach zastosowanie niektórych metod, jak na przykład badań szkolnych, jest wręcz niewskazane. W ich miejsce lepiej zastosować metody jakościowe, na przykład wywiady pogłębione.

Inicjując monitoring należy zebrać dane statystyczne z poprzednich lat, a także możliwie wszystkie wyniki dotychczasowych badań i ekspertyz przeprowadzonych w latach wcześniejszych. Dane retrospektywne posłużą za materiał wyjściowy do analiz danych zbieranych na bieżąco. Dzięki temu uzyskamy w miarę pełny obraz dynamiki zjawiska już w początkach realizacji monitoringu.

Dane statystyczne powinny być zbierane i analizowane w rytmie rocznym. Badania ankietowe wśród mieszkańców lub pewnych grup, np. młodzieży oraz badania metodami jakościowymi powinny być realizowane w sposób powtarzalny w rytmie 2–4-letnim z dbałością o porównywalność wyników. Corocznie warto natomiast przygotowywać całościowe raporty integrujące dane z różnych źródeł oraz zawierające wnioski i rekomendacje, zarówno w obszarze diagnozy, jak i ewaluacji.

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

Posługując się wskaźnikami europejskimi oraz wynikami polskich badań społecznych, liczbę osób uzależnionych w Polsce można oszacować na ok. 860 tys.⁴ (w tym 707 tys. to mężczyźni, 153 tys. to kobiety), zaś osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie na ok. 4 mln.

Podstawy prawne leczenia odwykowego

Na mocy artykułu 21 ust. 1 ustawy leczenie osób uzależnionych od alkoholu odbywa się w placówkach leczenia odwykowego i jest bezpłatne. Koszty związane z leczeniem alkoholowych zespołów abstynencyjnych i prowadzeniem psychoterapii pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia (za pacjentów ubezpieczonych i za pacjentów nieubezpieczonych).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1999 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów leczenia oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu (Dz.U. Nr 3 z 2000 r. poz. 44 ze zm.) zwanego dalej „rozporządzeniem”, określa:

- typy zakładów leczenia odwykowego i ich zadania,
- kwalifikacje personelu wykonującego świadczenia zdrowotne,
- zasady ich współdziałania z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi.

Diagnoza uzależnienia

Uzależnienie od alkoholu jest chorobą, którą można zdiagnozować na podstawie występowania określonych objawów. Zgodnie z obowiązującym w Polsce systemem diagnostycznym, Międzynarodową Klasyfikacją Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów – Edycja X (ICD X), uzależnienie od alkoholu definiowane jest jako zespół właściwości fizjologicznych, emocjonalnych, behawioralnych i poznawczych, które pojawiają się w wyniku wieloletniego używania alkoholu (kod F 10.2). Do objawów uzależnienia należą:

- silne pragnienie albo poczucie przymusu spożywania alkoholu („głód alkoholu”);
- upośledzona zdolność kontrolowania zachowań związanych z pićm alkoholu (trudności w unikaniu rozpoczęcia picia, w kontrolowaniu ilości wypijanego alkoholu, trudności w pićm do wcześniej założonego poziomu i w zakończeniu picia);
- zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu (tzw. „mocna głowa”) – ta sama dawka alkoholu nie przynosi oczekiwanego efektu, pojawia się stop-

⁴ Dane te dotyczą tylko i wyłącznie osób pełnoletnich.

niowa konieczność zwiększania ich liczby. Przy zmniejszonej tolerancji ta sama dawka alkoholu powoduje szybszy stan upojenia alkoholowego;

- występowanie objawów abstynencyjnych w sytuacji obniżenia poziomu alkoholu we krwi – drżenie mięśniowe, wzmożona potliwość, niepokój, przyspieszone bicie serca, biegunka, mdłości, rozszerzenie źrenic, drażliwość, bezsenność – i leczenie objawów abstynencyjnych przy użyciu niewielkich dawek alkoholu (tzw. klinowanie) lub leków uspokajających i nasennych. W zespole abstynencyjnym mogą pojawić się również powikłania: napady drgawkowe i majaczenie alkoholowe;
- postępujące zaniedbywanie z powodu picia alkoholu alternatywnych źródeł zainteresowań, przyjemności, zwiększona ilość czasu poświęcona na zdobywanie i picie alkoholu oraz na odwracanie następstw picia („koncentracja życia wokół picia”);
- uporczywe kontynuowanie picia alkoholu mimo świadomości szkód.

Uzależnienie można zdiagnozować, kiedy przez pewien czas w ciągu ostatniego roku (picia) występują łącznie co najmniej trzy z wymienionych wyżej objawów.

Programy terapeutyczne i cele terapii

Podstawową metodą leczenia osoby uzależnionej od alkoholu jest psychoterapia grupowa i indywidualna. Leczenie poprzedzone jest diagnozą nozologiczną i problemową. Leczenie medyczne ma wymiar wspomagający psychoterapię i nakierowane jest na usuwanie powikłań spowodowanych szkodliwym używaniem alkoholu (w tym leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych). W przypadku osób wymagających leczenia somatycznego, są one kierowane do odpowiednich specjalistów. Zalecane jest, aby – poza uczestnictwem w profesjonalnej psychoterapii uzależnienia – pacjenci uzależnieni uczestniczyli również w ruchu samopomocowym, przede wszystkim w mitingach Anonimowych Alkoholików (AA) oraz zajęciach organizowanych przez stowarzyszenia abstynenckie. Samo uczestnictwo w ruchach samopomocowych nie zastępuje jednak psychoterapii uzależnienia. Zważywszy na niepożądane działania disulfiramu (Anticol, Esperal), jak zaburzenia świadomości, ostre zespoły mózgowe, zespoły depresyjne, psychozy, polineuropatia, zaburzenia potencji oraz zmiany skórne nie powinien on być nigdy ofertą podstawową i powszechną. W formie implantu (Esperal) w ogóle nie powinien być stosowany z powodu dowiedzionej nieskuteczności.

Uzależnienie od alkoholu jest chorobą, którą przy wdrożeniu odpowiedniego leczenia można zatrzymać.

Celami stawianymi pacjentom w terapii uzależnienia są:

- utrzymanie abstynencji od alkoholu,
- poprawa zdrowia psychicznego i fizycznego,
- nabycie umiejętności potrzebnych do rozwiązywania problemów emocjonalnych i rozwój osobisty.

Psychoterapia uzależnienia od alkoholu w zakładach stacjonarnych i dziennych oddziałach terapii trwa od sześciu do ośmiu tygodni. Natomiast w placówkach ambulatoryjnych od roku do dwóch lat i obejmuje do 240 godzin terapii grupowej i do 50 godzin terapii indywidualnej rocznie. Wskazane jest, aby w zakładach stacjonarnych leczenie rozpoczynały te osoby, które nie potrafią utrzymać abstynencji, mają trudną sytuację zdrowotną i społeczną. Czas niezbędny do przeprowadzenia skutecznej terapii to 12–24 miesiące. Po jej zakończeniu w oddziale stacjonarnym lub dziennym osoby uzależnione, w celu kontynuowania leczenia, powinny korzystać z dalszej psychoterapii w zakładach ambulatoryjnych oraz ze wsparcia grup samopomocowych AA i klubów abstynenta.

Zespół terapeutyczny

Zespół terapeutyczny powinien być interdyscyplinarny i składać się ze specjalistów psychoterapii uzależnień, lekarzy, psychologów, psychoterapeutów oraz instruktorów terapii uzależnień. W zakładach stacjonarnych lub w oddziale leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych w skład zespołu terapeutycznego wchodzi także pielęgniarki, a niekiedy również pracownik socjalny. Odrębne miejsce w zespole zajmuje psycholog, którego zadaniem jest dokonywanie pogłębionej diagnozy psychologicznej, podejmowanie interwencji kryzysowych oraz udzielanie pomocy psychologicznej. Zadaniem psychoterapeutów (osób, posiadających certyfikaty Polskiego Towarzystwa Psychologicznego lub Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego) jest przede wszystkim praca z rodziną osób uzależnionych, dorosłymi dziećmi alkoholików (DDA) oraz praca z osobami uzależnionymi i współuzależnionymi w zakresie leczenia zaburzeń emocjonalnych.

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

Ważne jest także zapewnienie zespołowi terapeutycznemu dostępu do systematycznej superwizji oraz konsultacji realizowanego programu terapeutycznego. Superwizję mogą prowadzić osoby uprawnione do prowadzenia superwizji klinicznej w ramach „Programu uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w zakładach lecznictwa odwykowego”, konsultacje zaś – specjaliści psychoterapii uzależnień z długim stażem klinicznym w pracy terapeutycznej z pacjentami uzależnionymi od alkoholu i współuzależnionymi oraz mające doświadczenie w kierowaniu z sukcesem placówkami lecznictwa odwykowego.

Kształcenie terapeutów

Zgodnie z § 18 rozporządzenia osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia powinny posiadać kwalifikacje zawodowe uzyskane w ramach „Programu uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w zakładach lecznictwa odwykowe-

go”, zwanego dalej Programem szkoleniowym, opracowanego przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) i Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN) z dnia 7 grudnia 2006 r. (z późn. zm.).

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

1. Specjalista psychoterapii uzależnień posiada:

- tytuł zawodowy lekarza, tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub tytuł zawodowy magistra nauk humanistycznych lub społecznych lub pedagogiki (na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 6 maja 2003 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Edukacji (Dz.U. 2003.98.895),
- certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień nadany przez Dyrektora PARPA.

2. Instruktor terapii uzależnień posiada:

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

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

- tytuł zawodowy lekarza, tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub tytuł zawodowy magistra nauk humanistycznych lub społecznych lub pedagogiki (na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 6 maja 2003 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Edukacji,
- co najmniej rozpoczęte szkolenie pierwszego etapu procesu certyfikowania, mające aktualną akredytację Dyrektora PARPA.

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

- wykształcenie średnie, wyższe – licencjat bądź wyższe magisterskie o kierunkach innych niż wymienione w punkcie 1.
- co najmniej rozpoczęte szkolenie pierwszego etapu procesu certyfikowania, mające aktualną akredytację Dyrektora PARPA.

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

Program szkoleniowy składa się z następujących etapów:

Etap pierwszy: szkolenie w zakresie podstawowych umiejętności udzielania profesjonalnej pomocy psychologicznej, w wymiarze nie mniejszym niż 220 godzin zajęć dydaktycznych obejmujących naukę podstawowych umiejętności inter- i intrapersonalnych oraz podstawowych umiejętności pomagania osobom uzależnionym i ich bliskim w kontakcie indywidualnym i grupowym.

Etap drugi: szkolenie w zakresie nowoczesnych metod diagnozowania oraz terapii uzależnienia i współuzależnienia, w wymiarze nie mniejszym niż 350 godzin zajęć dydaktycznych, obejmujących umiejętności dotyczące rozpoznawania uzależnienia i współuzależnienia oraz innych problemów członków rodzin osób uzależnionych, a także podstawy teoretyczne i metody terapii tych osób. Program szkolenia zawiera również wprowadzenie do psychoterapii, psychologii osobowości i psychopatologii.

Etap trzeci: staż kliniczny w akredytowanych placówkach terapii uzależnień w okresie nie krótszym niż 10 dni, w wymiarze nie mniejszym niż 80 godzin roboczych. Staż jest sprawdzianem praktycznych umiejętności i możliwości prowadzenia psychoterapii uzależnienia i współuzależnienia.

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

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

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych nadzoruje przebieg procesu certyfikacji. Poszczególne etapy Programu (prócz egzaminu organizowanego przez PARPA) realizowane są przez podmioty posiadające akredytację dyrektora PARPA. Powołana przy PARPA Rada ds. Akredytacji rozpatruje wnioski: o przyznanie akredytacji szkoleniom, placówkom stażowym oraz o wpis na listę osób uprawnionych do prowadzenia superwizji klinicznej dla celów szkoleniowych zgodnie z wymogami zawartymi w Programie. Rada rekomenduje dyrektorowi PARPA przyznanie akredytacji i dokonanie wpisów na listę.

Dwa razy do roku organizowane są egzaminy certyfikacyjne. W celu przeprowadzenia egzaminu dyrektor PARPA każdorazowo powołuje komisje egzaminacyjne.

Lista wszystkich szkoleń mających aktualną akredytację dyrektora PARPA jest dostępna na stronie internetowej PARPA: www.parpa.pl „certyfikacja terapeutów”.

Do połowy 2006 r. jedynym podmiotem realizującym szkolenia I i II etapu procesu certyfikowania był IPZ PTE. W chwili obecnej akredytację Dyrektora PARPA mają 4 szkolenia I etapu programu szkoleniowego i 4 szkolenia II etapu programu szkoleniowego. Na liście osób uprawnionych do prowadzenia superwizji klinicznej w programie szkoleniowym znajduje się 28 specjalistów. 12 placówek odwykowych ma akredytację do prowadzenia staży klinicznych. Lista podmiotów mających akredytację PARPA nie jest zamknięta. Nowe podmioty szkolące mogą nadal starać się o akredytację. Zatem przy podejmowaniu decyzji o refundacji szkoleń na-

leży kierować się informacją czy zostało ono akredytowane przez dyrektora PAR-PA jako szkolenie spełniające standardy programu szkoleniowego.

Zadania samorządu terytorialnego w zakresie wspierania leczenia odwykowego

Podstawowym zadaniem samorządu terytorialnego jest zwiększenie **dostępności terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia** dla mieszkańców gminy. Dostępność profesjonalnej i efektywnej terapii warunkuje skuteczność wszystkich innych działań podejmowanych na rzecz osób z problemem alkoholowym i członków ich rodzin. Jeśli na terenie gminy działa zakład leczenia odwykowego, zadaniem samorządu terytorialnego jest udzielenie mu takiego wsparcia, jakie pozwałoby na realizację efektywnych programów psychoterapii uzależnienia i współuzależnienia. Jeżeli zaś na terenie gminy nie ma tego typu placówki, samorząd terytorialny powinien zapewnić dostęp swoim mieszkańcom do usług najbliższej placówki odwykowej i sprawdzić, jakiego typu działania wspierające mogłyby podnieść efektywność usług świadczonych przez ten zakład. Gdy odległość do najbliższej placówki uniemożliwia mieszkańcom gminy podejmowanie regularnej terapii, należy rozważyć możliwość utworzenia takiego zakładu samodzielnie (gminy powyżej 25 tys. mieszkańców) lub w porozumieniu z innymi gminami.

Podnoszenie kwalifikacji

Zgodnie z § 18 rozporządzenia osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia zobowiązane są do posiadania odpowiednich kwalifikacji zawodowych (rozdział „Kształcenie terapeutów”). Gmina powinna dofinansowywać szkolenia terapeutów, odbywające się w ramach podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników leczenia odwykowego, a zwłaszcza szkolenia obligatoryjne w ramach „Programu uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w zakładach leczenia odwykowego”. Podstawą prawną stosowaną w tym przypadku jest zapis w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia kładzie coraz większy nacisk na posiadanie certyfikatów zarówno specjalisty, jak i instruktora terapii uzależnień. Od stopnia zaawansowania procesu kształcenia NFZ uzależnia ilość zakontraktowanych świadczeń oraz wysokość stawek płaconych za poszczególne usługi.

Liczebność kadr

Dostępność leczenia jest bezpośrednio zależna od liczby placówek oraz liczby i wymiaru czasu pracy zatrudnionych w nich specjalistów psychoterapii uzależnień i instruktorów terapii uzależnień. Z uwagi na organizację procesu terapii i na stosunkowo dużą liczbę świadczeń, jakie powinien otrzymać każdy pacjent w placówce ambulatoryjnej, zespół terapeutyczny musi być odpowiednio liczny. Podstawowym kryterium odniesienia jest tu możliwość szybkiego przyjęcia pacjentów, którzy trafili do ośrodka po raz pierwszy, realizacji zajęć grupowych i psychoterapii indywidualnej z taką częstotliwością, aby pacjent mógł uczestniczyć co naj-

mniej raz w tygodniu w sesji psychoterapii grupowej. Od liczby i wymiaru czasu pracy zatrudnionych terapeutów zależy również jakość oferty terapeutycznej. Placówka leczenia odwykowego o charakterze ambulatoryjnym powinna realizować podstawowy i pogłębiony program terapii dla pacjentów uzależnionych od alkoholu i osób współuzależnionych, co oznacza konieczność utworzenia zespołu składającego się średnio z 4–5 terapeutów. Aby poradnia mogła realizować swoje zadania na poziomie minimalnym, niezbędne jest zatrudnienie trzech terapeutów, w tym co najmniej dwóch specjalistów psychoterapii uzależnień.

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

W placówce stacjonarnej wskazane jest, aby zespół terapeutów liczył co najmniej 5 osób, w tym minimalnie 3 specjalistów psychoterapii uzależnień i 2 instruktorów terapii uzależnień na każde 40 łóżek. Instruktorów mogą zastąpić specjaliści (ale nie odwrotnie). Od liczby terapeutów i ich kwalifikacji zależy wycena świadczeń.

Zadaniem samorządu terytorialnego jest podjęcie działań na rzecz takiego rozbudowania zespołu, aby mógł on efektywnie realizować program terapeutyczny. Zasadnicze koszty podstawowego programu terapii pokrywa Narodowy Fundusz Zdrowia, jednak środki te w przypadku leczenia ambulatoryjnego są najczęściej zbyt małe. Skutkuje to ograniczaniem dostępności leczenia ambulatoryjnego, niezbędnego dla uzyskiwania trwałych efektów terapii. Dlatego też należy rozważyć możliwość podpisania umowy z zakładem leczenia odwykowego na zakup świadczeń zdrowotnych bądź na realizację programów zdrowotnych (rozdział „Finansowanie zakładów leczenia odwykowego przez jednostki samorządu terytorialnego”), co powinno umożliwić rozszerzenie składu zespołu terapeutycznego poprzez zatrudnienie dodatkowych terapeutów przez zakład opieki zdrowotnej.

Zadania związane ze wspieraniem modernizacji programu

Kierownicy zakładów odwykowych i przedstawiciele samorządu terytorialnego powinni dążyć do sytuacji, w której placówki leczenia odwykowego będą realizowały kompleksowy, spójny, nowoczesny 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. Z uwagi na charakter procesu terapeutycznego (konieczność uwzględniania różnic indywidualnych), a także specyfikę choroby (tj. możliwość załamania motywacji i występowanie nawrotów) należy założyć, że ustalenia dotyczące liczby zajęć przypadającej na jednego pacjenta mają jedynie charakter ramowy.

Modernizacja programu

W przypadku zespołu, który składa się z osób rozpoczynających dopiero swoje szkolenia w ramach „Programu uzyskiwania kwalifikacji zawodowych”, niezbędne może się okazać sfinansowanie usług konsultacyjnych certyfikowanego specjalisty psychoterapii uzależnień, mającego doświadczenie w kierowaniu placówką odwykową i wdrażaniu programów terapeutycznych. Aby uzyskać pomoc konsultanta, należy skontaktować się z Wojewódzkim Ośrodkiem Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w swoim województwie bądź z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Wskazane jest również poddawanie pracy zespołu terapeutycznego superwizji (nie będącej superwizją w ramach Programu szkoleniowego).

Dodatkowe programy terapeutyczne

Płatnik publiczny (NFZ) finansuje zazwyczaj tylko podstawowy program psychoterapii uzależnienia (lub tylko część świadczeń w ramach podstawowego programu psychoterapii uzależnienia). W procesie zdrowienia konieczna jest kontynuacja terapii w postaci zajęć z zakresu psychoterapii pogłębionej, w ofercie której znajduje się trening ról społecznych, trening asertywności, trening radzenia sobie z emocjami itp. Pacjenci, którzy przebyli terapię w stacjonarnym zakładzie leczenia odwykowego, powinni bezwzględnie mieć możliwość kontynuowania psychoterapii pogłębionej w placówce ambulatoryjnej.

Obserwacja praktyki terapeutycznej wskazuje na rosnące zapotrzebowanie na ofertę terapii dla młodzieży używającej alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Programy terapii dla młodzieży nie mogą opierać się na tych samych założeniach, co programy terapii dla osób dorosłych, tym bardziej że większość pijących alkohol czy biorących narkotyki młodych ludzi nie jest uzależniona. Młodzież wymaga innego podejścia, uwzględnienia w programie specyfiki zażywanych substancji psychoaktywnych, specyfiki wieku rozwojowego, większej intensywności zajęć terapeutycznych, konstruktywnego zagospodarowania wolnego czasu, uczestniczenia w grupie rówieśniczej. Integralną część programu powinny stanowić również zajęcia edukacyjno-terapeutyczne dla rodziców/opiekunów.

Prowadzenie zajęć z młodzieżą wymaga dodatkowych kwalifikacji w stosunku do kwalifikacji uzyskiwanych w trakcie procesu certyfikacji pracowników leczenia odwykowego. Ponieważ skuteczne pomaganie młodzieży wymaga objęcia pracą terapeutyczną całej rodziny, wskazane jest, aby terapeuci mieli ukończone szkolenia w zakresie systemowej terapii rodzin lub by byli w trakcie takiego szkolenia.

Gminy powinny wspierać realizację programów dla młodzieży poprzez:

- finansowanie dodatkowych szkoleń dla pracowników leczenia odwykowego w ww. zakresie;
- finansowanie zajęć terapeutycznych i pozaterapeutycznych dla młodzieży i ich rodziców/opiekunów prowadzonych w ramach programu leczniczego – pod warunkiem, że zajęcia te nie są finansowane przez płatnika publicznego NFZ. W dotychczasowej praktyce występowały problemy z uzyskiwaniem kontrak-

tów na terapię młodzieży. NFZ nie finansuje zajęć nie będących świadczeniem zdrowotnym, podczas gdy zajęcia takie są integralną częścią programu młodzieżowego (np. obozy terapeutyczne, zajęcia dla rodziców);

- finansowanie doposażenia placówek na potrzeby prowadzenia programów młodzieżowych – pomieszczenia przeznaczone na zajęcia z młodzieżą powinny być atrakcyjnie urządzone i dostosowane do potrzeb młodzieży.

Prowadzenie terapii uzależnienia i współuzależnienia dla osób z uszkodzonym słuchem

Osoby niesłyszące uzależnione od alkoholu nie mają w Polsce możliwości skorzystania z oferty pomocy terapeutycznej. Głównym powodem jest bariera komunikacyjna – specjaliści psychoterapii uzależnień nie mogą postawić diagnozy uzależnienia ani prowadzić terapii, ponieważ nie znają języka migowego. Rekomenduje się finansowe wspieranie nauki języka migowego przez specjalistów psychoterapii uzależnień.

Prowadzenie zajęć motywacyjno-korekcyjnych dla mieszkańców Domów Pomocy Społecznej

Część mieszkańców Domów Pomocy Społecznej spożywa alkohol szkodliwie lub jest od niego uzależniona. Stwarza to poważne problemy dla współmieszkańców oraz dla personelu tych placówek. Osoby zatrudnione w DPS-ach zwykle nie posiadają wystarczającej wiedzy ani umiejętności w zakresie rozpoznawania problemów alkoholowych swoich podopiecznych i prowadzenia krótkich interwencji motywacyjnych do zmiany zachowań związanych ze spożywaniem alkoholu. Z tego powodu rekomenduje się gminom finansowanie szkoleń pracowników Domów Pomocy Społecznej z zakresu rozpoznawania problemów alkoholowych, motywowania osób spożywających alkohol szkodliwie do ograniczenia picia, zaś osób uzależnionych do podejmowania leczenia odwykowego, a także wspierania abstynencji osób, które ukończyły terapię w placówkach leczenia uzależnień i powróciły do swoich placówek opiekuńczych. Samorząd gminy może też finansować dyżury terapeutów, którzy mogą konsultować w DPS-ach osoby pijące problemowo, prowadzić grupy wsparcia dla osób uzależnionych, które ukończyły leczenie w całodobowych oddziałach terapii oraz realizować zajęcia dla tych pensjonariuszy, którzy z racji niepełnosprawności, nie mogą skorzystać z pomocy placówek leczenia odwykowego.

Diagnoza przemocy domowej

Z badań wynika, że 2/3 uzależnionych mężczyzn to sprawcy przemocy, a wśród uzależnionych i współuzależnionych kobiet – 2/3 to ofiary przemocy. Dlatego niezwykle istotne jest, aby w placówkach leczenia odwykowego prowadzono wstępną diagnozę zjawiska przemocy domowej u każdego nowego pacjenta. W niektórych placówkach terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia prowadzone są programy terapii dla ofiar przemocy domowej oraz programy terapii dla sprawców przemocy domowej. Gmina powinna wspierać finansowo realizację tych progra-

mów, a także wyposażać biblioteczki placówek w publikacje o tematyce przemocy oraz zadbać o przeszkolenie w tym kierunku wybranych pracowników lecznictwa odwykowego.

Baza lokalowa placówek ambulatoryjnych

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

Baza lokalowa placówki stacjonarnej

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

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

Wyposażenie materialne placówki

Do realizacji zadań statutowych zakładu lecznictwa odwykowego niezbędne jest wyposażenie placówki w podstawowe meble oraz sprzęt, taki jak: alkomat, kserokopiarka, telewizor, magnetowid/odtwarzacz DVD, magnetofon, meble, materace, tablice, materiały edukacyjne i inne. Ze względu zarówno na konieczność monitorowania efektów terapii, jak również na prawidłowe prowadzenie rozliczeń z NFZ oraz innymi świadczeniodawcami niezbędne jest posiadanie przez placówkę komputera. Właściwa jednostka samorządu terytorialnego może doposażyć placówkę w niezbędne do prawidłowego funkcjonowania sprzęty.

IV. Inne działania

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

Tworzenie nowej placówki

W miastach liczących powyżej 25 tys. mieszkańców, a ponadto dla mieszkańców terenu, na którym czas dojazdu do poradni publicznym środkiem transportu przekracza 1 godzinę, zgodnie z § 7 rozporządzenia, tworzy się placówkę ambulatoryjną terapii uzależnienia. Podjęcie takiej decyzji przez radę gminy (związek gmin) i wpisanie jej jako jednego z zadań realizowanych w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych może oznaczać dofinansowanie remontu lub adaptacji budynku, przystosowanie i wyposażenie pomieszczeń do grupowych i indywidualnych zajęć terapeutycznych oraz w szczególnych przypadkach – dofinansowanie utworzenia jednego lub kilku etatów terapeutycznych (zwłaszcza, gdy nowa placówka działa w ramach związku gmin i jest finansowana z kilku źródeł), dofinansowanie szkoleń pracowników oraz sfinansowanie usług konsultanta, który będzie nadzorował tworzenie programu terapeutycznego i jego realizację.

Należy zaznaczyć, że w związku z zapisem art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.) organem założycielskim może być jednostka samorządu terytorialnego. Funkcjonowanie placówki nie powinno jednak stanowić stałego obciążenia finansowego dla samorządu terytorialnego, gdyż główne koszty bieżącego działania placówki są pokrywane przez NFZ.

V. Punkty konsultacyjne

W Polsce działa ponad 2000 punktów konsultacyjnych, które udzielają pomocy osobom uzależnionym i członkom rodzin z problemem alkoholowym. Powinny być one tworzone w tych gminach, w których nie ma placówek leczenia odwykowego lub dostęp do nich jest w jakiś sposób utrudniony, np. ze względu na dużą odległość lub utrudniony dojazd. Warto podkreślić, że **priorytetem gminnego programu jest wspieranie w pierwszej kolejności rozwoju profesjonalnych programów terapii uzależnienia w placówkach odwykowych, a dopiero później tworzenie punktów konsultacyjnych**. Punkty konsultacyjne pełnią ważną rolę w lokalnym systemie pomocy, jednak do zadań **nie należy prowadzenie psychoterapii osób uzależnionych**, która jest zbiorem świadczeń zdrowotnych, a te udzielane są wyłącznie w zakładach opieki zdrowotnej. Ponadto sądowe zobowiązanie do podjęcia leczenia odwykowego może być realizowane tylko w placówkach leczenia odwykowego. **Zatem punkty konsultacyjne nie są (i nie mogą być) alternatywą ani konkurencją dla placówek leczenia odwykowego.**

Obecnie oferta punktów konsultacyjnych stała się bardziej interdyscyplinarna, a ich zadaniem jest zdiagnozowanie problemów całej rodziny i zaplanowanie pomocy dla wszystkich jej członków (dorosłych i dzieci). Jeśli do punktu zgłasza się żona w sprawie pijącego męża, to konsultant powinien podjąć próbę zdiagnozowania innych problemów, które w tej rodzinie mogą występować, np. przemoc, zaniebdywanie dzieci, problem pijących nastolatków, ubóstwo. W związku z tym osoby dyżurujące w punkcie muszą być interdyscyplinarnie przeszkolone w zakresie różnych problemów, które występują w rodzinie alkoholowej oraz możliwych do zaproponowania rozwiązań. Powinny posiadać umiejętności w zakresie udzielania pomocy psychologicznej (nawiązania kontaktu, przeprowadzenia interwencji kryzysowych, udzielania wsparcia, motywowania, poradnictwa) oraz powinny mieć wiedzę na temat:

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

Ukończenie własnej terapii nie zapewnia wystarczających kwalifikacji do pracy w punkcie konsultacyjnym. Nie jest też wskazane zatrudnianie w punkcie konsultacyjnym członków gminnych komisji, którzy nie posiadają odpowiedniego przygotowania do niesienia pomocy psychologicznej i udzielania porad. Rekomendowanym rozwiązaniem jest zatrudnienie na kilka godzin w tygodniu specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień, który pracuje w placówce leczenia odwykowego. Jeśli nie jest to możliwe, należy zadbać o przeszkolenie personelu oraz nadzór superwizyjny nad pracą takiego punktu, sprawowany przez specjalistę psychoterapii uzależnień. W celu oceny działalności punktu, kompetencji osób tam pracujących oraz organizacji szkoleń i staży warto zasięgnąć opi-

nii kierownika Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia. Lista WOTUW-ów znajduje się na stronie www.parpa.pl w belce „lecznictwo odwykowe”.

Zadania punktów konsultacyjnych:

- motywowanie zarówno osób uzależnionych, jak i osób współuzależnionych do podjęcia psychoterapii w placówkach leczenia odwykowego, kierowanie do leczenia specjalistycznego,
- motywowanie osób pijących ryzykownie i szkodliwie, ale nieuzależnionych, do zmiany szkodliwego wzoru picia,
- udzielanie wsparcia osobom po zakończonym leczeniu odwykowym (np. poprzez rozmowy podtrzymujące uruchomienie przy punkcie konsultacyjnym grupy wsparcia dla osób po zakończonym leczeniu w placówce odwykowej),
- rozpoznanie zjawiska przemocy domowej, udzielenie stosownego wsparcia i informacji o możliwościach uzyskania pomocy i powstrzymania przemocy,
- inicjowanie interwencji w przypadku diagnozy przemocy domowej,
- gromadzenie aktualnych informacji na temat dostępnych miejsc pomocy i kompetencji poszczególnych służb i instytucji z terenu gminy, które powinny być włączone w systemową pomoc dla rodziny.

Punkty konsultacyjne powinny współpracować:

- z placówkami leczenia odwykowego,
- z grupami samopomocowymi,
- z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej.

Punkty konsultacyjne mogą być tworzone przez samorząd terytorialny, stowarzyszenia abstynenckie i inne podmioty pozarządowe. Powinny być dostępne dla klientów w godzinach popołudniowych i wieczornych, a warunki lokalowe powinny gwarantować zgłaszającym się do niego dyskrecję i komfort psychiczny. Jeśli punkt znajduje się w urzędzie gminy czy w ośrodku pomocy społecznej, należy zadbać o oddzielne pokoje, gdzie nikt nie będzie wchodził i przeszkadzał w czasie rozmowy i gdzie nie będą dzwoniły służbowe telefony. Punkt ma obowiązek prowadzić dokumentację udzielonych porad, a pracowników obowiązuje w tym względzie zachowanie tajemnicy.

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

Pomoc dla dorosłych członków rodziny z problemem alkoholowym

Współuzależnienie

Nadużywanie alkoholu przez jednego z członków rodziny destabilizuje funkcjonowanie całego systemu rodzinnego, rodzi poważne problemy i jest przyczyną cierpienia dorosłych i dzieci.

Konsekwencją życia z partnerem nadużywającym alkoholu może być **współuzależnienie**. Współuzależnienie nie jest chorobą – to efekt przystosowania się do sytuacji problemowej. Koncentrując się na szukaniu sposobu ograniczenia picia partnera, osoba współuzależniona nieświadomie przejmuje odpowiedzialność i kontrolę za jego funkcjonowanie, co w efekcie ułatwia pijącemu dalsze spożywanie alkoholu. W konsekwencji zaistniałej sytuacji rodzinnej u osób współuzależnionych mogą wystąpić nasilone problemy zdrowotne: zaburzenia psychosomatyczne, emocjonalne, stresowe lub zaburzenia adaptacyjne. Współuzależnienie rozpoznaje się wyłącznie u osób dorosłych, które formalnie mogą wybrać inną drogę poradzenia sobie z problemem picia partnera. Dzieci nie mają żadnego wyboru. Muszą żyć w takich warunkach, jakie stwarzają im dorośli.

Osoby współuzależnione potrzebują często pomocy i mogą ją uzyskać w placówkach terapii uzależnień. W miejscach tych mają prawo korzystać z bezpłatnej pomocy terapeutycznej i medycznej w zakresie zaburzeń związanych ze współuzależnieniem. Celem psychoterapii współuzależnienia jest przekierowanie uwagi i aktywności życiowej osób współuzależnionych z picia partnera na zaspokajanie własnych potrzeb życiowych i potrzeb dzieci. Niezależnie bowiem od tego, czy pijący podejmie leczenie odwykowe, czy nie; czy zatrzyma picie, czy będzie pił dalej – osoby współuzależnione mogą poprawić jakość zarówno swojego życia, jak i życia swoich dzieci. Trudno jest im jednak podjąć takie kroki bez przyjęcia fachowej pomocy z zewnątrz. W placówkach leczenia odwykowego opracowane są odrębne programy psychoterapii, a pacjenci współuzależnieni traktowani są jako druga, równie ważna jak osoby uzależnione, grupa pacjentów. Dla gminy może to oznaczać konieczność dofinansowania usług z tego zakresu, względnie pokrycie kosztów dodatkowych szkoleń dla pracowników leczenia odwykowego w zakresie psychoterapii współuzależnienia.

Poza profesjonalną terapią współuzależnienia pomocne dla osób mających pijących bliskich mogą być spotkania Wspólnoty Al-Anon, której celem jest wspieranie się osób współuzależnionych w trudnościach wynikających z życia z osobą pijącą i w zmianie swojego funkcjonowania na bardziej satysfakcjonujące.

Dorośle Dzieci Alkoholików (DDA)

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 nazywa się syndromem Dorosłego Dziecka Alkoholika. Do zespołu cech syndromu DDA należą: problemy z samooceną, zaburzone poczucie własnej wartości, przeżywanie stanu przewlekłego napięcia emocjonalnego (stałe pogotowie emocjonalne), silnego lęku przed odrzuceniem, trudności w przeżywaniu przyjemności i nadwrażliwość na cierpienie, poczucie bycia nieszczęśliwym, nieumiejętność odprężenia się, odpoczynku, trudności w rozpoznawaniu uczuć, nierzadko „zamrożenie emocjonalne”, posiadanie sztywnych, zagrażających schematów myślenia o innych, o sobie, o świecie, wyparcie własnych potrzeb, gotowość do spełniania oczekiwań innych, trudności wchodzenia w bliskie związki z ludźmi, lęk przed nowymi sytuacjami w życiu.

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

Dla gminy wsparcie programów terapii DDA może oznaczać działania w zakresie sfinansowania szkoleń doskonalących umiejętności prowadzenia terapii dla DDA oraz sfinansowanie realizacji programów terapeutycznych dla tej grupy pacjentów (grup wsparcia, rozwoju osobistego czy psychoterapii).

Pomoc dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym

Wychowywanie się w rodzinie, w której jeden lub oboje rodziców jest uzależnionych od alkoholu skutkuje dramatycznymi konsekwencjami dla rozwoju psychicznego i fizycznego dzieci. Dzieci osób z problemem alkoholowym żyją w stanie chronicznego napięcia i stresu, co związane jest z niezaspokajaniem ich podstawowych potrzeb przez rodziców. Doświadczają one wielu traumatycznych sytuacji związa-

nych z chaosem i awanturami, jakie mają miejsce w domu, a także niewypełnieniem ról rodzicielskich przez uzależnionych bądź współuzależnionych rodziców. W związku z brakiem oparcia ze strony dorosłych, dzieci żyją w poczuciu braku bezpieczeństwa emocjonalnego i fizycznego. Powoduje to określone zaburzenia emocjonalne i psychiczne. Dzieci rodziców z problemem alkoholowym są słabsze fizycznie i częściej chorują. Ponadto często są ofiarami przemocy ze strony najbliższych członków rodziny lub otoczenia. Trwanie w negatywnej sytuacji rodzinnej przez dłuższy czas powoduje, iż dzieci muszą się do niej przystosować, przyjmując na siebie role społeczne sprawiające, by system rodziny alkoholowej trwał, a prawda o chorobie alkoholowej nie wyszła na jaw. Zaburzenia życia rodzinnego wynikające z choroby alkoholowej sprawiają, iż dzieci nie mogą liczyć na wsparcie i pomoc bliskich. Musi ona nadejść z zewnątrz.

Sytuacja dzieci wychowujących się w rodzinach dzieci z problemem alkoholowym jest bardzo trudna, a skala zjawiska bardzo duża. Według danych szacunkowych w Polsce żyje około 1,5–2,0 mln dzieci wychowujących się w rodzinach z problemem alkoholowym, z tego 500 tys. znajduje się w dramatycznej sytuacji zagrażającej ich zdrowiu i życiu. **W związku z tym udzielanie pomocy dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym powinno być jednym z priorytetowych zadań, które podejmują samorządy lokalne w ramach realizacji gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.**

Zadanie to powinno być realizowane poprzez stworzenie lokalnego systemu pomocy dziecku i rodzinie, tak by podejmowane działania nie były przypadkowe. W planowaniu pomocy należy dążyć do zintegrowania działań różnych instytucji. Dotyczy to przede wszystkim szkoły, poradni psychologiczno-pedagogicznych, ośrodków pomocy społecznej, poradni uzależnień, sądów rodzinnych, policji, punktów interwencji kryzysowej, świetlic socjoterapeutycznych, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Często zdarza się, że pracownicy tych instytucji podejmują niezależnie od siebie próby interwencji wobec rodziny bądź działają na rzecz tylko jednej osoby z rodziny, nie uwzględniając całego systemu rodzinnego, co nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Tymczasem zaplanowanie i realizacja wspólnych działań oraz skierowanie ich do całej rodziny z problemem alkoholowym w sposób zdecydowany zwiększa ich efektywność. Dobre rozwiązanie stanowi tworzenie interdyscyplinarnych zespołów, których zadaniem jest opracowywanie i koordynowanie realizacji planów pomocy dziecku i rodzinie.

Pomoc dzieciom z rodzin alkoholowych powinna spełniać następujące założenia:

- Dziecko żyje w systemie rodzinnym i udzielana mu pomoc powinna być zintegrowana z pomocą rodzinie.
- Pomoc dziecku powinna być planowa, opierać się na diagnozie jego potrzeb i problemów.
- Pomoc dziecku powinna być kompleksowa, co oznacza, że będzie obejmować wiele aspektów życia dziecka oraz długoterminowa, czyli trwać do momentu rozwiązania jego problemów.

- Celem pomocy powinno być rozwiązanie problemów dziecka, a nie doraźne zaspokajanie jego potrzeb (np. materialnych).
- Pomoc dziecku powinna być zindywidualizowana.
- Osoby udzielające pomocy powinny mieć odpowiednie kwalifikacje zawodowe oraz kompetencje osobiste.
- Planowanie pomocy powinno przebiegać w zespole i jeśli to możliwe – poddawane superwizji lub konsultacji.
- Udzielanie pomocy powinno spełniać standardy adekwatne do rodzaju świadczonych usług (np. warunki lokalowe, liczba dzieci w grupie itp.).

Do zadań gminy w zakresie udzielania pomocy psychologicznej dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym należy w szczególności:

- Tworzenie i finansowanie bieżącej działalności świetlic opiekuńczo-wychowawczych, socjoterapeutycznych dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Zgodnie z nowelizacją ustawy, rekomendowane jest także finansowanie dożywiania dzieci uczęszczających do świetlic socjoterapeutycznych i opiekuńczo-wychowawczych.
- Finansowanie prowadzenia zajęć i programów socjoterapeutycznych dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Programy te powinny opierać się na pisemnych konspektach do poszczególnych zajęć zaplanowanych do realizacji.
- Dofinansowanie obozów socjoterapeutycznych dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Obozy te powinny być integralnym elementem całorocznej pracy z dziećmi.
- Finansowanie zatrudnienia pracowników merytorycznych w placówkach pomocy dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. W przypadku wychowawców w świetlicach dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, pracujących w wymiarze 24 godzin tygodniowo, zasadnym jest zatrudnienie na podstawie umowy o pracę.
- Organizowanie i finansowanie superwizji dla pracowników placówek udzielających pomocy psychologicznej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.
- Dofinansowywanie szkoleń i kursów specjalistycznych w zakresie pracy z dziećmi z rodzin z problemem alkoholowym oraz w zakresie prowadzenia zajęć socjoterapeutycznych organizowanych dla pedagogów, psychologów, nauczycieli, którzy są zatrudnieni w tego typu placówkach lub deklarują gotowość podjęcia tego typu pracy.
- Organizowanie lokalnych narad, seminariów i konferencji w zakresie wdrażania systemu pomocy dziecku i rodzinie z problemem alkoholowym.
- Wspieranie i koordynowanie pracy interdyscyplinarnych zespołów ds. pomocy dziecku i rodzinie z problemem alkoholowym.

- Wspieranie grup samopomocowych dla dzieci alkoholików typu Alateen.
- Tworzenie systemowego wsparcia i terapii dla dzieci z FAS – Alkoholowym Zespołem Płodowym oraz dla ich rodziców i opiekunów. Niezbędne jest dostarczanie wiedzy na temat FAS psychologom, pedagogom, terapeutom oraz wszystkim, którzy zajmują się pomocą dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym.

Przypuszcza się, iż rocznie w Polsce rodzi się od kilku do kilkunastu tysięcy dzieci z zaburzeniami spowodowanymi pićm alkoholu przez matki w czasie ciąży.

FAS – Płodowy Zespół Alkoholowy (ang. Fetal Alcohol Syndrome) należy do grupy fizycznych i umysłowych schorzeń wrodzonych. Gdy matka pije alkohol podczas ciąży, dziecko może urodzić się z uszkodzeniami mózgu, układu nerwowego i innych organów wewnętrznych. Rodzaj i głębokość uszkodzeń zależy od ilości wypijanego alkoholu przez kobietę oraz trymestru ciąży. Badania pokazują, iż nie ma bezpiecznej dawki alkoholu, jaką może spożywać kobieta w ciąży bez konsekwencji dla dziecka, które ma się urodzić. Im więcej alkoholu się wypija, tym większe szkody czyni on w organizmie dziecka.

Dzieci, których mamy piły alkohol w trakcie ciąży mają często zmieniony wygląd zewnętrzny – są mniejsze, mają mniejszą głowę i charakterystyczne rysy twarzy (wąska górna warga, spłaszczona rynienka podnosowa, mała żuchwa). Charakteryzują się także nieprawidłową budową kończyn oraz zdeformowanymi kośćmi i stawami.

Najpoważniejszymi konsekwencjami dla dzieci są zmiany, jakie alkohol powoduje w poszczególnych częściach mózgu oraz układu nerwowego. W związku z tym dzieci z FAS są mniej sprawne społecznie i intelektualnie, a ich zachowania są zaburzone. Mimo iż często sprawiają wrażenie zdrowych, mają kłopoty z uczeniem się i koncentracją uwagi. Dzieci są często nadpobudliwe, nie rozumieją złożonych poleceń, mają kłopoty z pamięcią i procesami myślowymi oraz zaburzenia mowy. Dzieci z FAS cierpią z powodu uszkodzonych zmysłów słuchu, wzroku i czucia. Wymagają kompleksowej pomocy specjalistycznej. Gdy jej nie otrzymują, wraz z wiekiem ich problemy związane z emocjami, szkołą, z funkcjonowaniem społecznym stają się coraz bardziej dotkliwe zarówno dla nich, jak i dla ich otoczenia. Niezbędne jest także dostosowanie środowiska, w którym przebywają dzieci do ich potrzeb, a przede wszystkim odpowiednie podejście wychowawcze i terapeutyczne rodziców, opiekunów i profesjonalistów. Dzieci poddane odpowiedniej terapii, opiece i edukacji znacznie lepiej funkcjonują w życiu społecznym.

Więcej informacji na stronach: www.parpa.pl; www.fas.edu.pl;
www.fundacja.dajszanse.free.ngo.pl.

- Prowadzenie działań związanych z ewaluacją (wewnętrzną i zewnętrzną) programów pomocy dla dzieci alkoholików oraz programów badawczych dotyczą-

cych psychospołecznego funkcjonowania dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.

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

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

Jeżeli na danym terenie nie ma możliwości stworzenia świetlicy socjoterapeutycznej, spełniającej formalne wymogi dotyczące samodzielnego lokalu oraz wymaganej ilości godzin pracy, program socjoterapii może być realizowany w formie zajęć socjoterapeutycznych poza placówką. Powinno się jednak zachować standardy co do zadań i celów prowadzenia tego typu zajęć. Jeżeli zaś program realizowany w placówce nie spełnia merytorycznych założeń programu socjoterapii, świetlicy tej nie należy nazywać socjoterapeutyczną. Świetlica opiekuńczo-wychowawcza również stanowi element systemu pomocy i odgrywa bardzo ważną rolę w procesie pomagania dzieciom, zwłaszcza z rodzin dysfunkcyjnych.

Najczęściej stosowane formy pomocy dziecku to:

- świetlice socjoterapeutyczne,
- zajęcia socjoterapeutyczne,
- świetlice opiekuńczo-wychowawcze.

Istotną rolę w procesie pomagania dzieciom z rodzin alkoholowych zajmują świetlice socjoterapeutyczne.

Po wejściu w życie znowelizowanej w 1996 r. ustawy nastąpił bardzo dynamiczny ich rozwój. Jednak analiza sprawozdań z ostatnich lat nadsyłanych z poszczególnych gmin do Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wskazuje na niepokojące zjawisko.

W 2007 r. w polskich gminach funkcjonowało 1916 świetlic socjoterapeutycznych (o 374 mniej niż w roku poprzednim), w których z pomocy świadczonej w ramach zajęć skorzystało blisko 64 880 dzieci. Zmniejszyła się także liczba zatrudnionych w nich wychowawców – pracowało tam 4317 wychowawców. W 2007 r. samorządy gminne wydatkowały na funkcjonowanie świetlic socjoterapeutycznych ponad 35 393 300 zł, co również stanowi kwotę niższą niż w poprzednim roku.

Na przestrzeni ostatnich lat obserwujemy niepokojące zjawisko zmniejszania się liczby placówek oferujących specjalistyczną pomoc dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym. Trendowi temu towarzyszy szereg niekorzystnych zjawisk, takich jak: brak stabilizacji funkcjonowania placówek, zatrudnianie wychowawców nie na etatach, lecz w ramach umów zleceń, co sprawia, że większość z nich traktuje tę pracę jako dodatkowe zajęcie, nie angażując się należycie w pomoc dzieciom, duża rotacja kadry, praca z dużymi grupami dzieci uniemożliwiająca realiza-

cję indywidualnych placów pomocy, czy wreszcie brak oddziaływań wobec rodziców. Te i inne trudności sprawiają, że chociaż z jednej strony możemy mówić o istniejącym systemie świetlic, w których dzieci alkoholików mogą uzyskać pomoc, to jednak system ten nie jest tak efektywny i pomoc tak skuteczna, jak można by oczekiwać. Troska o jakość i standardy pracy powinna być priorytetem przy podejmowaniu decyzji finansowych.

W 2007 r. funkcjonowało 5.400 świetlic realizujących program opiekuńczo-wychowawczy. Z zajęć prowadzonych przez ponad 10 tys. wychowawców skorzystało ponad 196 510 dzieci. W 2007 r. samorządy gminne na funkcjonowanie świetlic realizujących program opiekuńczo-wychowawczy wydatkowały ponad 61 676 000 zł. Wzrost nakładów był także adekwatny do zwiększenia liczby tych placówek.

Łącznie opieką i pomocą w różnych placówkach zostało objętych 260 tys. dzieci, jednak jedynie 110 tys. dzieci zostało zdiagnozowanych jako dzieci alkoholików. Oznacza to, że grupa dzieci alkoholików stanowiła 42% wszystkich dzieci objętych pomocą.

Przy znaczących środkach finansowych (w 2007 r. było to 97 146 000 zł), jakie co roku przeznaczają samorządy lokalne na działania skierowane do dzieci i młodzieży. Do dzieci alkoholików pomoc dociera tylko w nieznacznym zakresie. Dodatkowo należy zaznaczyć, iż jakość tej pomocy jest bardzo niska. Przeprowadzone przez Wioletę Junik z Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego badania ewaluacyjne działalności świetlic wykazały, iż placówki te w znacznej mierze nie spełniają zakładanych standardów pomocy. **Znaczące deficyty zaobserwowano zwłaszcza w takich obszarach jak:**

- przeprowadzanie indywidualnych diagnoz wychowanków będących podstawą do tworzenia indywidualnych planów pracy,
- podejmowanie pracy z rodzicami wychowanków (diagnoza sytuacji rodzinnej, wspieranie rodziny w rozwiązywaniu problemów),
- stosowanie specjalistycznych form pomagania dzieciom (np. bajka terapeutyczna, techniki relaksacyjne, psychodrama i inne służące odreagowaniu emocjonalnemu).

Ważnym wyzwaniem staje się więc zintensyfikowanie działań związanych z udzieleniem wsparcia i pomocy psychologicznej tej grupie odbiorców, zwłaszcza w takich obszarach jak:

- podnoszenie kwalifikacji osób zajmujących się pomocą w świetlicach,
- zapewnienie nadzoru, superwizji i doradztwa merytorycznego wychowawcom świetlic,
- zapewnienie stabilności finansowej placówkom, zwłaszcza w obszarze zatrudnienia kadry.

Zatrudnianie pracowników świetlic w formie krótkotrwałych umów, np. umowy zlecenia (w wielu przypadkach jest to dodatkowa forma pracy w małym wymiarze godzin bez formalnych struktur) utrudnia organizowanie systemowej pomocy dzieciom i ich rodzinom oraz zmniejsza motywację wychowawców świetlic do pracy.

- poprawa warunków lokalowych świetlic – często brak stałego wydzielonego lokalu dostosowanego do działalności placówek,
- zmniejszenie liczby dzieci przypadających na jedną osobę prowadzącą zajęcia,
- dostosowanie nazewnictwa w stosunku do rzeczywistej oferty programowej świetlic (używanie nazwy „świetlica socjoterapeutyczna” w odniesieniu do placówki realizującej jedynie program opiekuńczo-wychowawczy).

Zadania świetlicy socjoterapeutycznej:

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

Zadania osób prowadzących zajęcia socjoterapeutyczne:

- Diagnoza indywidualna dziecka i jego sytuacji rodzinnej i szkolnej.
- Prowadzenie zajęć zgodnie z programem dla całej grupy i diagnozą indywidualną dzieci.
- Utrzymywanie stałych kontaktów z rodziną dziecka (wizyty domowe).
- Przygotowanie i realizacja indywidualnych programów rozwojowo-terapeutycznych dla dzieci.
- Prowadzenie dokumentacji.
- Współpraca z instytucjami (gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych, szkoła, ośrodek pomocy społecznej, sąd rodzinny, powiatowe centrum pomocy rodzinie itp.).
- Regularne korzystanie z konsultacji lub superwizji dotyczących prowadzonych zajęć.

Uwagi i wskazówki:

- 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 Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych). Dobrym rozwiązaniem w sytuacji, kiedy brakuje specjalistów, jest organizowanie wspólnych spotkań pracowników z kilku sąsiednich placówek. Celem spotkań jest omawianie sposobów rozwiązywania problemów dzieci i ich rodzin. Należy pamiętać, że ruch samopomocowy nie może zastąpić profesjonalnej superwizji.

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

Zadania świetlicy opiekuńczo-wychowawczej:

- Stała, systematyczna współpraca z rodziną dziecka.
- Rozpoznanie sytuacji dziecka w kontekście jego sytuacji rodzinnej.
- Organizacja czasu wolnego, prowadzenie zajęć tematycznych.
- Prowadzenie pracy z grupą poprzedzone jej planowaniem w zespole pracowników.
- Indywidualne spotkania z dziećmi organizowane poza pracą z grupą.
- Prowadzenie dokumentacji pracy z dzieckiem i z grupą.

Współpraca z innymi instytucjami (gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych, szkoła, ośrodek pomocy społecznej, sąd rodzinny, powiatowe centrum pomocy rodzinie itp.).

- Dożywanie dzieci.
- Pomoc dziecku w radzeniu sobie z życiowymi problemami, kryzysami (rodzinnymi, związanymi z relacjami z rówieśnikami, szkolnymi itp.).
- Korzystanie z regularnych konsultacji lub superwizji dotyczących pracy placówki.

Zasady działania i organizacji placówek opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego

W związku z koniecznością zapewniania opieki celowe jest, by świetlice świadczące pomoc dzieciom z rodzin z problemem alkoholowym spełniały wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2007 r. w sprawie placówek opiekuńczo-wychowawczych (Dz.U. Nr 201 poz. 1455). Akt prawny określa zasady działania wszystkich placówek opiekuńczo-wychowawczych, w tym także placówek wsparcia dziennego, do których zalicza się m.in. świetlice środowiskowe, socjoterapeutyczne i inne. Rozporządzenie określa: zadania i organizację wszystkich placówek opiekuńczo-wychowawczych, w tym placówek wsparcia dziennego. W akcie prawnym przedstawione są także: standardy usług oferowanych przez placówki, kwalifikacje osób zatrudnionych.

Warunki obowiązujące w placówkach

Zgodnie z § 32 rozporządzenia w sprawie placówek opiekuńczo-wychowawczych zadaniem placówek wsparcia dziennego jest stwarzanie warunków do:

- fizycznego, psychicznego i poznawczego rozwoju dziecka,
- poszanowania podmiotowości dziecka, wysłuchiwanie jego zdania i w miarę możliwości uwzględniania jego wniosków we wszelkich dotyczących go sprawach oraz informowania dziecka o podejmowanych wobec niego działaniach,
- zapewnienia poczucia bezpieczeństwa,

- dbałości o poszanowanie i podtrzymanie związków emocjonalnych dziecka z rodzicami, rodzeństwem i z innymi osobami, zarówno spoza placówki i placówki wsparcia dziennego, jak i przebywającymi lub zatrudnionymi w tych placówkach,
- uczenia nawiązywania więzi uczuciowych oraz związków interpersonalnych,
- poszanowania potrzeb religijnych dziecka,
- zapewnienia dzieciom warunków sprzyjających utrzymywaniu osobistych kontaktów z rodziną,
- uczenia poszanowania tradycji i ciągłości kulturowej,
- uczenia planowania i organizowania codziennych zajęć stosownie do wieku dziecka,
- uczenia organizowania czasu wolnego, w tym uczestniczenia w zajęciach kulturalnych, rekreacyjnych i sportowych,
- kształtowania u dzieci nawyków i uczenia zachowań prozdrowotnych,
- przygotowywania dzieci do ponoszenia odpowiedzialności za własne postępowanie oraz uczenia samodzielności w życiu,
- wyrównywania deficytów rozwojowych dzieci,
- uzgadniania istotnych decyzji dotyczących dziecka z jego rodzicami lub opiekunami prawnymi.

Rodzaje placówek wsparcia dziennego i ich zadania

Rozporządzenie w § 29 wprowadza się podział na dwa rodzaje placówek wsparcia dziennego: placówki wsparcia dziennego i specjalistyczne placówki wsparcia dziennego.

Placówki wsparcia dziennego zapewniają dzieciom pomoc w nauce, organizację czasu wolnego, rozwój zainteresowań, organizację zabaw i zajęć sportowych, stałą pracę z rodziną dziecka.

Specjalistyczne placówki wsparcia dziennego, oprócz powyższych zadań, mają prowadzić przynajmniej jedną z następujących form pracy:

- Zajęcia socjoterapeutyczne, realizowane w stałych grupach dzieci, prowadzone przez co najmniej wychowawcę i terapeutę
- lub
- Oddziaływania terapeutyczne, korekcyjne, kompensacyjne i logopedyczne.

Specjalistyczne placówki prowadzą także:

- indywidualne programy korekcyjne, realizowane podczas zajęć grupowych lub w kontakcie indywidualnym,

- udzielają pomocy w sytuacjach kryzysowych szkolnych, rodzinnych, rówieśniczych i osobistych na podstawie diagnozy indywidualnej dziecka i jego rodziny.

Terapeucie w specjalistycznej placówce udzielane jest profesjonalne wsparcie merytoryczne.

Czas pracy

Placówka wsparcia dziennego zgodnie z paragrafem § 29 ust 1 i 2 ww. rozporządzenia funkcjonuje przez cały rok minimum cztery godziny dziennie od poniedziałku do piątku. Godziny powinny być dostosowane do potrzeb dzieci i rodziców. W przypadku małej ilości dzieci wymagających opieki, ilość dni i godzin można wyjątkowo dostosować do potrzeb.

Dożywianie i wyposażenie

Placówka wsparcia dziennego zgodnie z § 28 ust. 5 ww. rozporządzenia zapewnia dzieciom: dożywianie w postaci minimum jednego posiłku dostosowanego do pory dnia i czasu przebywania dziecka oraz wyposażenie w przedmioty potrzebne do zajęć i w miarę możliwości w odzież obuwie, bieliznę oraz inne przedmioty osobistego użytku stosowne do wieku i indywidualnych potrzeb.

Osoby pracujące

Rozporządzenie w § 29 ust 3 i 5 określa kompetencje osób zatrudnionych do prowadzenia placówki.

Placówką kieruje kierownik, który jest jednocześnie wychowawcą, w razie jego nieobecności funkcję tę sprawuje osoba wyznaczona przez podmiot prowadzący.

Kwalifikacje kierownika placówki określone są w § 37 ww. rozporządzenia. **Kierownikiem placówki** wsparcia dziennego może być osoba, która posiada ukończone studia wyższe na kierunku: pedagogika, pedagogika specjalna, psychologia, praca socjalna, nauki o rodzinie lub na innym kierunku w zakresie resocjalizacji, pracy socjalnej, pedagogiki opiekuńczo-wychowawczej, albo na innym kierunku uzupełnione studiami podyplomowymi w zakresie psychologii, pedagogiki, nauk o rodzinie lub resocjalizacji.

Kwalifikacje na pozostałych stanowiskach precyzuje § 38 ust. 1 ww. rozporządzenia:

- **wychowawcy** – ukończone studia wyższe: na kierunku: pedagogika, pedagogika specjalna, psychologia, praca socjalna, nauki o rodzinie lub na innym kierunku w zakresie resocjalizacji, pracy socjalnej, pedagogiki opiekuńczo-wychowawczej, albo na innym kierunku, uzupełnione studiami podyplomowymi w zakresie psychologii, pedagogiki, nauk o rodzinie lub resocjalizacji,
- **pedagoga** – ukończone wyższe studia magisterskie na kierunku pedagogika albo pedagogika specjalna,
- **psychologa** – ukończone wyższe studia magisterskie na kierunku psychologia,
- **terapeuty** – udokumentowane przygotowanie do prowadzenia terapii o profilu potrzebnym w pracy placówki lub placówki wsparcia dziennego,

- **pracownika socjalnego** – wykształcenie średnie lub wyższe uprawniające do wykonywania zawodu pracownika socjalnego, z tym, że osoby z wykształceniem średnim muszą mieć ukończoną specjalizację zawodową w zawodzie pracownik socjalny,
- **opiekuna dziecięcego** – ukończoną szkołę medyczną przygotowującą do pracy w zawodzie opiekunki dziecięcej lub pielęgniarki albo studia pedagogiczne o specjalności opiekuńczo-wychowawczej,
- **lekarza i pielęgniarki** – odpowiednie wykształcenie medyczne.

Wychowawcy w placówkach i placówkach wsparcia dziennego oraz kierownicy placówek wsparcia dziennego zatrudnieni w dniu wejścia w życie rozporządzenia na podstawie dotychczasowych przepisów zachowują uprawnienia do zajmowania tego stanowiska (§ 40 ww. rozporządzenia).

Przyjmowanie do placówki

Dzieci przyjmowane są do placówek opiekuńczo-wychowawczych wsparcia dziennego bez skierowania. Mówi o tym § 29 ust. 6 ww. rozporządzenia.

Regulamin

Organizację placówki określa regulamin opracowany przez kierownika w porozumieniu z właściwą jednostką samorządu terytorialnego (§ 29 ust. 4 ww. rozporządzenia).

Współpraca z innymi podmiotami

W wykonywaniu swoich zadań placówka wsparcia dziennego współpracuje z organami samorządowymi odpowiednimi do zasięgu placówki:

- placówka o zasięgu gminnym z lokalnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej
- placówka o zasięgu ponadgminnym z właściwym centrum pomocy z innymi podmiotami: pracodawcy, media, organizacje pozarządowe i środowiska naukowe (§ 35 ww. rozporządzenia).

Hostel

Placówki wsparcia dziennego mogą prowadzić hostel czyli część organizacyjną placówki opiekuńczo-wychowawczej dysponującą bazą noclegową i zapewniającą opiekę wychowawczą, czynną przez całą dobę. Wykorzystuje się w sytuacjach kryzysowych, kiedy dziecko ze względów rodzinnych musi czasowo zamieszkać poza swoją rodziną za zgodą rodziców lub opiekunów prawnych albo kiedy rodzina musi czasowo uzyskać schronienie.

Rejestr placówek

Zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2008 r. Nr 115, poz. 728 z późn. zm.) do zadań wojewody należy prowadzenie rejestru placówek opiekuńczo-wychowawczych (art. 21 pkt 6). W związku z tym placówki opiekuńczo-wychowawcze wsparcia dziennego powinny zgłaszać fakt prowadzenia swojej działalności do wojewody.

VII. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie

Wprowadzenie

Zadania związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinach, w szczególności z problemem alkoholowym, samorządy lokalne realizują od 1996 r. Wówczas ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi nałożyła na samorządy lokalne zadanie własne w postaci udzielania członkom rodzin z problemem alkoholowym pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. Nr 180, poz. 1493) wskazała, że zadania w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie mają być realizowane, opierając się na zapisach ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (art. 6 ust.1). Jednocześnie omawiana ustawa wprowadziła do zadań własnych gminy:

- tworzenie gminnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie,
- prowadzenie poradnictwa i interwencji w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie,
- opracowywanie i realizację programów ochrony ofiar przemocy w rodzinie,
- prowadzenie gminnych ośrodków wsparcia.

Mimo że w 2007 r. na zadania związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie samorządy gminne przeznaczyły 7% środków pochodzących z opłat za korzystanie z zezwoleń na sprzedaż alkoholu, co stanowi w porównaniu do roku poprzedniego wzrost o prawie 1,3%, to globalnie samorządy lokalne na przeciwdziałanie przemocy w rodzinie wydały o blisko 2,5 mln zł mniej niż w roku poprzednim.

Tymczasem z badań przeprowadzonych w 2007 r. na zlecenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej przez TSN OBOP wynika, że co trzeci Polak przynajmniej raz doznał przemocy ze strony najbliższych, 46% ofiar przemocy w rodzinie stwierdziło, że sprawca przynajmniej raz był pod wpływem alkoholu (potwierdza to 15% sprawców). W Ogólnopolskim Pogotowiu dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” w 2007 roku przyjęto ponad 10 tys rozmów, które dotyczyły różnych problemów rodzinnych w tym przemocy oraz nadużywania alkoholu i uzależnienia.

Przeciwdziałanie przemocy domowej w środowiskach lokalnych

W Polsce od kilku lat liczba placówek pomagających ofiarom przemocy w rodzinie utrzymuje się na podobnym poziomie, w 2007 r. w gminach funkcjonowało ich ponad 2.730 (ankieta PARPA-G1). Istniejącym już placówkom brakuje stabilności – z danych z gmin wynika, że w 2007 r. powstało ponad 670 nowych miejsc pomocy dla ofiar przemocy. Priorytetem powinno być zapewnienie stałej oferty pomocy osobom krzywdzonym przez najbliższych. Brak kontynuacji w funkcjonowaniu placówek pomagających ofiarom przemocy oznacza ograniczenie dostępności do pro-

fesjonalnej pomocy, co z kolei niekorzystnie wpływa na terapię klientów i na proces radzenia sobie z przemocą.

Zadaniem gminy powinno być dążenie do stworzenia pełnej, kompleksowej i profesjonalnej oferty służącej pomocy ofiarom przemocy domowej. W związku z powyższym rekomenduje się:

- uruchamianie i finansowanie miejsc pomocy (punktów konsultacyjnych, ośrodków interwencji kryzysowej, ośrodków wsparcia),
- prowadzenie i finansowanie grup wsparcia i grup terapeutycznych,
- realizację programów ochrony ofiar przemocy w rodzinie,
- tworzenie i finansowanie specjalistycznych miejsc pomocy dzieciom krzywdzonym,
- prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej służącej upowszechnieniu informacji na temat możliwości uzyskania pomocy na terenie gminy.

Tworzenie nowych miejsc pomocy rodzinom, w których dochodzi do przemocy, powinno być poprzedzone diagnozą lokalną, pozwalającą stwierdzić, jakie placówki są potrzebne mieszkańcom danej gminy. Małym gminom zaleca się zawieranie międzygminnych porozumień, które umożliwiają bardziej efektywne wykorzystanie oferty placówki oraz bardziej ekonomiczne gospodarowanie środkami finansowymi.

Programy dla sprawców przemocy w rodzinie

Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie obowiązek opracowywania i realizacji programów korekcyjno-edukacyjnych dla sprawców przemocy domowej nakłada na powiaty, jednak samorządy lokalne coraz częściej podejmują decyzję o realizacji takich programów na terenie swojej gminy. Z danych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej wynika, że 159 placówek realizowało programy dla sprawców przemocy w rodzinie. Uruchamiając tego typu przedsięwzięcie, należy zwrócić szczególną uwagę na kompetencje osób realizujących powyższe programy (powinny one przejść specjalistyczne szkolenia przygotowujące do pracy ze sprawcami przemocy) oraz sposób rekrutacji uczestników programu. Praktyka pokazuje, że sprawcy przemocy w rodzinie bardzo rzadko decydują się na dobrowolny udział w programach. W związku z powyższym należy zadbać o nawiązanie współpracy z wymiarem sprawiedliwości, w celu zwiększenia liczby osób zobowiązanych przez sąd do udziału w programach edukacyjno-korekcyjnych dla sprawców przemocy.

Należy pamiętać, że miejscem, gdzie stosunkowo łatwo dotrzeć do sprawców przemocy domowej, są także placówki leczenia odwykowego. Rekomenduje się włączenie do realizowanych w nich programów odwykowych zagadnień o charakterze edukacyjno-korekcyjnym służących zatrzymaniu przemocy w rodzinie. W tym celu może okazać się konieczne przeszkolenie pracowników leczenia odwykowego w kierunku diagnozowania występowania przemocy w rodzinie – dotyczy to zarówno zdiagnozowania osób doznających przemocy, jak i sprawców.

Lokalny system przeciwdziałania przemocy w rodzinie

Z analizy ankiet PARPA-G1 wynika, że zadania związane z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie weszły na stałe do katalogu działań podejmowanych przez środowiska lokalne w ramach realizacji gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Gminy deklarują, że w 2007 r. uruchomiono 441 punktów interwencyjno-konsultacyjnych, 160 telefonów zaufania, 22 schroniska dla ofiar przemocy, 21 ośrodków interwencji kryzysowej oraz 22 gminne ośrodki wsparcia.

Budowanie gminnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie jest zadaniem wynikającym z zapisów ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Prawie 700 gmin informuje, że posiada gminny system przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Należy podkreślić, iż współpraca służb w ramach lokalnego systemu daje możliwość kompleksowej pomocy, uwzględniającej różne aspekty i potrzeby rodzin, w których występuje przemoc. Umożliwia to m.in. praca w zespołach interdyscyplinarnych, sprzyjająca łączeniu różnych kompetencji poszczególnych służb oraz ułatwiająca przekazywanie rzetelnych informacji ofiarom przemocy. Funkcjonowanie zespołów mogą ułatwić lokalne porozumienia o współpracy zawarte pomiędzy władzami, organizacjami i instytucjami, które dawać będą możliwość pracy w ramach systemu pomocy rodzinom doświadczającym przemocy (Więcej na temat prawnych aspektów pracy w zespołach interdyscyplinarnych w rozdziale na str. 48–51).

Rekomenduje się, aby w ramach lokalnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie zadbać o:

- tworzenie lokalnych koalicji na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie
- współpracę z przedstawicielami wymiaru sprawiedliwości w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie – kuratorami, prokuratorami, sędziami,
- realizację programów dla rodziców – warsztaty umiejętności rodzicielskich przygotowujące rodziców do wychowywania dzieci bez przemocy,
- stworzenie i wdrażanie procedur pozwalających na rozpoznanie przemocy wobec dzieci, w szczególności w wieku 0–3 lata,
- wdrażanie procedur chroniących dzieci – ofiary i świadków przemocy – przed wtórną wiktyimizacją (wtórnym zranieniem) przez służby prowadzące dochodzenia, przesłuchujące dzieci itp.,
- wdrażanie procedur interwencji pracowników lecznictwa odwykowego w przypadkach przemocy domowej,
- prowadzenie działalności edukacyjnej służącej zmniejszeniu skali zjawiska przemocy w rodzinach, w szczególności z problemem alkoholowym.

Punktem wyjścia do prowadzenia ww. działań powinny być lokalne badania i analizy dotyczące skali zjawiska przemocy w rodzinie oraz problemów i potrzeb związanych z tym problemem.

Gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych w systemie przeciwdziałania przemocy w rodzinie

Statystyki pokazują, że w około 60–70% rodzin, w których jest problem alkoholowy, występuje przemoc. Niemal w co piątej polskiej rodzinie dochodzi do konfliktów z powodu nadużywania alkoholu (CBOS, 2002), a blisko 80% żon i partnerek alkoholików doznaje przemocy ze strony męża lub partnera (IPZ PTP).

Gminne komisje powinny być zespołami specjalistów, osób odpowiednio przeszkolonych, reprezentujących różne zawody i specjalności niezbędne, aby skutecznie zajmować się szeroko rozumianą profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, w tym także interwencją i pomocą rodzinom, w których dochodzi do przemocy. Członkowie komisji podejmując czynności zmierzające do orzeczenia o zastosowaniu – wobec osoby uzależnionej od alkoholu – obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu, a przy tym kontaktując się z osobami nadużywającymi alkoholu i uzależnionymi oraz z członkami ich rodzin, powinni zwracać szczególną uwagę na sygnały i informacje mogące świadczyć o przemocy.

Członkowie gminnej komisji w przypadku rozmowy z osobą nadużywającą alkoholu zobowiązani są podjąć odpowiednie działania służące ustaleniu, czy ta osoba stosuje przemoc wobec najbliższych oraz jeśli ma podejrzenie, że klient może być sprawcą przemocy domowej – zawiadomiła o tym fakcie odpowiednie służby, instytucje i organizacje, a także zainicjowała pomoc dla ofiar przemocy.

Rekomenduje się zintensyfikowanie działań służących wdrożeniu „Niebieskich Kart” – procedury interwencji gminnych komisji w sprawach przemocy domowej. Procedura i dokumentacja pozwala m.in. na rozpoznanie zaburzeń życia rodzinnego wywołanych nadużywaniem alkoholu i stosowaniem przemocy, ułożenie planu pomocy członkom rodziny (dorosłym i dzieciom) i podjęciu działań interwencyjnych.

„Niebieskie Karty” w policji i pomocy społecznej

Zarówno w policji, jak i w pomocy społecznej zmniejszyła się liczba działań służących pomocy ofiarom przemocy w rodzinie, podejmowanych z wykorzystaniem procedury „Niebieskie Karty”.

Pracownicy socjalni udzielili pomocy w związku z przemocą domową ponad 18,5 tys. rodzinom, w tym w ponad 14,2 tys. przypadków uruchomili procedurę „Niebieskie Karty” (o 4,3 tys. mniej niż w 2006 r.).

W 2008 r. Komendant Główny Policji podpisał Zarządzenie nr 162 z dnia 18 lutego w sprawie metod i form wykonywania przez Policję zadań w związku z przemocą w rodzinie w ramach procedury „Niebieskie Karty”. Zarządzenie określa m.in. działania policji podejmowane w sytuacji przemocy w rodzinie, wprowadza obligatoryjność wypełniania dokumentacji (notatka urzędowa o przemocy w rodzinie) nie tylko podczas interwencji domowych, ale także innych działań prowadzonych przez policję, w czasie których policjant uzyska informację o przemocy oraz jeśli konieczne będzie udzielenie pomocy jej ofiarom. Zarządzenie precyzuje również działania policjantów podejmowane w przypadkach przemocy domowej oraz wprowadza zmiany w dokumentacji „Niebieska Karta”. Zmiany te mają na celu m.in. usprawnienie interwencji w sytuacjach przemocy w rodzinie i rozszerzenie możliwości udzielenia wsparcia rodzinom, w których jest przemoc.

Zwraca uwagę fakt, że w 2007 r. policjanci przeprowadzili o prawie 15 tys. interwencji mniej niż w roku poprzednim. Jednocześnie Policjanci zarejestrowali 130 tys. ofiar przemocy (co stanowi w porównaniu do roku 2006 o ponad 27 tys. osób mniej) i podjęli interwencje wobec ponad 81 tys. sprawców przemocy (mniej o 15 tys. osób niż w roku ubiegłym). Oznaczać to może konieczność zintensyfikowania w gminach działań mających na celu zwiększenie wiedzy policjantów na temat zjawiska przemocy w rodzinie, rozpoznawania przemocy i sposobu podejmowania interwencji oraz udzielania pomocy ofiarom przemocy.

W związku z powyższym rekomenduje się wzmocnienie działań służących zwiększeniu kompetencji przedstawicieli policji i pracowników socjalnych w obszarze ochrony rodzin przed przemocą. Konieczne jest:

- organizowanie szkoleń, narad, konferencji dotyczącej procedury i zjawiska przemocy w rodzinie,
- przygotowywanie odpowiednich materiałów informacyjno-edukacyjnych na temat istniejącej infrastruktury placówek pomocowych oraz zatrudnionej w nich kadry (informatory, ulotki, plakaty),
- prowadzenie działalności informacyjnej dotyczącej procedury „Niebieskie Karty” w lokalnych mediach,
- włączanie przedstawicieli ww. służb do współpracy w ramach lokalnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie i pracy w zespołach interdyscyplinarnych.

Podnoszenie kompetencji w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie

Osoby zajmujące się zjawiskiem przemocy w rodzinie powinny posiadać gruntowne podstawy merytoryczne przygotowujące je do pracy w tym zakresie. Konieczne jest ukończenie specjalistycznych szkoleń dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie, specyfiki i zasad kontaktu z ofiarą lub sprawcą przemocy, analizy własnych postaw i emocji wobec przemocy domowej.

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

W 2004 r. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych uruchomiła system certyfikowania osób zajmujących się problematyką przemocy w rodzinie. Każdy kto pracuje z rodzinami, w których jest przemoc może ubiegać się o tytuł specjalisty lub konsultanta po spełnieniu kryteriów określonych w Programie potwierdzania kwalifikacji osób pracujących w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Dla osób ubiegających się Certyfikat specjalisty są to m.in.: ukończenie min. 200 godzin szkoleń dotyczących problematyki przemocy w rodzinie, posiadanie 5 letniego doświadczenia w pracy w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzin. Więcej informacji dotyczących systemu certyfikowania na stronie www.parpa.pl. Obecnie Certyfikat specjalisty i konsultanta w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie posiada prawie 140 osób.

VIII. Prawne aspekty pracy w zespołach interdyscyplinarnych ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie

Jarosław Polanowski

Konieczność niesienia wspólnej, uzgodnionej, profesjonalnej pomocy dla ofiar przemocy w rodzinie wymaga wspólnego działania różnych służb i organizacji – rządowych i pozarządowych. Każda z nich posiada własny zasób informacji o konkretnej rodzinie, ofierze lub sprawcy przemocy, a ich współpraca narzuca konieczność co najmniej ujawniania tych zasobów informacyjnych innym osobom, z których każda stara się pomóc danej rodzinie. Niezbędne jest więc zorganizowanie zespołu ludzi współpracujących ze sobą w sposób skoordynowany, zapewniający im właściwe reagowanie na informacje o przemoc w danej rodzinie.

W skład takiego zespołu powinny wchodzić osoby, które z racji swojego wykształcenia, doświadczenia, wykonywanego zawodu będą w stanie pomagać ofiarom przemocy w danej rodzinie – w obszarach znanych i zdefiniowanych zarówno w definicji psychologicznej przemocy w rodzinie (przemoc fizyczna, psychiczna, seksualna i materialna), jak i w definicji prawnej, istniejącej w ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (art. 2 ust. 2). Wśród członków interdyscyplinarnego zespołu ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie powinni się znaleźć:

- pracownik socjalny,
- policjant z wydziału prewencji, najlepiej dzielnicowy,
- psycholog – terapeuta specjalista z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie,
- kurator (jeżeli decyzją sądu już przy rodzinie funkcjonuje),
- prawnik specjalizujący się w pomaganiu ofiarom przemocy,
- członek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych,
- lekarz (objawy somatyczne u ofiar przemocy – dorosłych i dzieci),
- pedagog (np. szkolny, z poradni psychologiczno-pedagogicznej).

Wymiana i przekazywanie wiadomości o danej osobie lub rodzinie – czyli danych osobowych wymaga wiedzy o treści i funkcjonowaniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.):

Art. 6. 1. *W rozumieniu ustawy za dane osobowe uważa się wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej.*

Art. 7. *Ilekcioć w ustawie jest mowa o:*

- 1) *zbiorze danych – rozumie się przez to każdy posiadający strukturę zestaw danych o charakterze osobowym, dostępnych według określonych kryteriów, niezależnie od tego, czy zestaw ten jest rozproszony lub podzielony funkcjonalnie,*

- 2) przetwarzaniu danych – rozumie się przez to jakiegokolwiek operacje wykonywane na danych osobowych, takie jak zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie, a zwłaszcza te, które wykonuje się w systemach informatycznych.

Dla zrealizowania celów zespołu interdyscyplinarnego konieczne jest właśnie wzajemne udostępnianie przez wchodzące w skład zespołu podmioty danych osobowych pochodzących z własnych zbiorów danych. Takie działanie ustawa o ochronie danych osobowych nazywa „przetwarzaniem danych osobowych”. Udostępnianie danych podmiotom nieuprawnionym jest obarczone sankcją karną:

Art. 51.

1. *Kto administrując zbiorem danych lub będąc obowiązany do ochrony danych osobowych udostępnia je lub umożliwia dostęp do nich osobom nieupoważnionym, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.*

Celem uniknięcia odpowiedzialności karnej, wynikającej z treści ww. przepisu, oprócz się należy o kolejne przepisy ustawy o ochronie danych osobowych, która tę kwestię rozwiązuje w następujący sposób:

Art. 23.

1. *Przetwarzanie danych jest dopuszczalne tylko wtedy, gdy:*
 - 1) *osoba, której dane dotyczą, wyrazi na to zgodę, chyba że chodzi o usunięcie dotyczących jej danych,*
 - 2) *jest to niezbędne dla zrealizowania uprawnienia lub spełnienia obowiązku wynikającego z przepisu prawa,*
 - 3) *jest to konieczne do realizacji umowy, gdy osoba, której dane dotyczą, jest jej stroną lub gdy jest to niezbędne do podjęcia działań przed zawarciem umowy na żądanie osoby, której dane dotyczą,*
 - 4) *jest niezbędne do wykonania określonych prawem zadań realizowanych dla dobra publicznego,*
 - 5) *jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów realizowanych przez administratorów danych albo odbiorców danych, a przetwarzanie nie narusza praw i wolności osoby, której dane dotyczą.*
2. *Zgoda, o której mowa w ust. 1 pkt 1, może obejmować również przetwarzanie danych w przyszłości, jeżeli nie zmienia się cel przetwarzania.*
3. *Jeżeli przetwarzanie danych jest niezbędne dla ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, a spełnienie warunku określonego w ust. 1 pkt 1 jest niemożliwe, można przetwarzać dane bez zgody tej osoby, do czasu, gdy uzyskanie takiej zgody będzie możliwe.*

Możliwe jest udostępnianie danych osobowych ofiary przemocy – na podstawie wyżej przytoczonego przepisu art. 23 ust. 1 pkt 5 i art. 23 ust. 3 ustawy o ochronie danych osobowych, tj. poprzez wypełnianie przez dany podmiot obowiązku wynikającego z przepisu prawa (np. ustawy o Policji, ustawy o pomocy społecznej) aż do uzyskania zgody osoby zainteresowanej – ofiary przemocy.

Podstawą do przekazywania informacji o konkretnej osobie jest także przepis art. 29 ustawy o ochronie danych osobowych:

Art. 29.

1. W przypadku udostępniania danych osobowych w celach innych niż włączenie do zbioru, administrator danych udostępnia posiadane w zbiorze dane osobom lub podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.

Przykładem takiego upoważnienia ustawowego może być przepis art. 105 ustawy o pomocy społecznej:

Art. 105.

Sądy, organy i jednostki organizacyjne są obowiązane niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni, udostępnić lub udzielić na wniosek pracownika socjalnego odpowiednich informacji, które mają znaczenie dla rozstrzygnięcia o przyznaniu lub wysokości świadczeń z pomocy społecznej.

Dla powołania i właściwego funkcjonowania zespołu interdyscyplinarnego ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie, konieczne jest zawarcie pisemnej umowy w tym przedmiocie pomiędzy podmiotami lub osobami fizycznymi, które mają wejść w skład takiego zespołu (umowa taka może mieć również formę porozumienia o współpracy). Przekazywanie sobie danych osobowych przez podmioty wchodzące w skład zespołu interdyscyplinarnego, można oprzeć na przepisie art. 31 ustawy o ochronie danych osobowych:

Art. 31.

1. Administrator danych może powierzyć innemu podmiotowi, w drodze umowy zawartej na piśmie, przetwarzanie danych.

2. Podmiot, o którym mowa w ust. 1, może przetwarzać dane wyłącznie w zakresie i celu przewidzianym w umowie.

Umowa taka powinna zawierać:

- wymienione podmioty, które wchodzi w skład Zespołu Interdyscyplinarnego,
- miejsce funkcjonowania Zespołu,
- datę zawarcia umowy,
- dane podmiotu koordynującego prace Zespołu.
- wskazanie podmiotu (osoby) lub grupy podmiotów (np. „ofiary przemocy”) dla potrzeb których umowa została zawarta przy tworzeniu stałego Zespołu Interdyscyplinarnego. Dla zaopiekowania się konkretną osobą będzie jednak potrzebna nowa, skonkretyzowana personalnie umowa.
- wzajemną zgodę i zapewnienie umawiających się stron na wymienianie – przekazywanie danych osobowych klienta–ofiary przemocy, z powołaniem się na art. 29 i art. 31 ustawy o ochronie danych osobowych – aż do uzyskania zgody zainteresowanej osoby (należy podać imię, nazwisko i adres klienta).

Omawiając zagadnienia związane z przekazywaniem danych osobowych nie można pominąć art. 29 pkt 2 i 3 ustawy o ochronie danych osobowych, który mówi:

2. Dane osobowe, z wyłączeniem danych, o których mowa w art. 27 ust. 1, mogą być także udostępnione w celach innych niż włączenie do zbioru, innym osobom i podmiotom niż wymienione w ust. 1, jeżeli w sposób wiarygodny uzasadnią potrzebę posiadania tych danych, a ich udostępnienie nie naruszy praw i wolności osób, których dane dotyczą.

3. Dane osobowe udostępnia się na pisemny, umotywowany wniosek, chyba że przepis innej ustawy stanowi inaczej. Wniosek powinien zawierać informacje umożliwiające wyszukanie w zbiorze żądanych danych osobowych oraz wskazywać ich zakres i przeznaczenie.

Udostępnione dane osobowe można wykorzystać wyłącznie zgodnie z przeznaczeniem, dla którego zostały udostępnione

Należy pamiętać, że do współpracy w zakresie pomocy osobom krzywdzonym przez najbliższych zobowiązuje ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, która mówi:

Organy administracji rządowej i samorządowej współdziałają z organizacjami pozarządowymi oraz kościołami i związkami wyznaniowymi w zakresie udzielania pomocy osobom dotkniętym przemocą, oddziaływania na osoby stosujące przemoc oraz podnoszenia świadomości społecznej na temat przyczyn i skutków przemocy w rodzinie (art. 9 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie).

IX. 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

Założenia do wdrażania skutecznych strategii profilaktycznych

Katarzyna Okulicz-Kozaryn

Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

Dotychczasowe doświadczenia związane z realizacją programów profilaktycznych wskazują, że nie ma uniwersalnego planu, którego zastosowanie gwarantowałoby uzyskanie dobrych efektów w każdej społeczności lokalnej. Natomiast spektrum możliwych działań jest bardzo szerokie. Można podejmować różnego rodzaju aktywności skierowane do różnych grup odbiorców: dzieci i młodzieży, rodziców lub całych rodzin, osób pracujących z młodzieżą (nauczycieli, wychowawców, trenerów itp.), przedstawicieli służby zdrowia, osób odpowiedzialnych za bezpieczeństwo i przestrzeganie prawa, sprzedawców, dziennikarzy itd. Realizowane programy mogą mieć charakter **uniwersalny**, czyli mogą być przeznaczone dla wszystkich, **bez względu na stopień ryzyka** rozwoju problemów ze zdrowiem psychicznym (w tym z piciem alkoholu), na jakie narażone są poszczególne osoby. Można też prowadzić działania **selektywne** – tzn. adresowane do jednostek lub grup osób, które są **w wyższym niż przeciętny stopniu narażone na nasilenie problemów** związanych z używaniem środków psychoaktywnych (np. wobec dzieci z rodzin z problemem alkoholowym). Można się również skoncentrować na tzw. profilaktyce wskazującej – czyli na działaniach ukierunkowanych na **osoby szczególnie zagrożone pogłębieniem się problemów** związanych z używaniem substancji psychoaktywnych z powodu uwarunkowań biologicznych, psychologicznych czy społecznych lub u których rozpoznano już pierwsze symptomy zaburzeń (np. nastolatków, którzy mieli już problemy związane z nadużywaniem alkoholu lub popełnili jakieś czyny karalne).

Można też próbować, poprzez odpowiednie działania, wywołać określone **zmiany** w odbiorcach programu – **jednostkach** (np. dzieciach, rodzinach). Tego typu działania są dość powszechnie prowadzone w szkołach, różnego rodzaju placówkach wychowawczych, poradniach itp. W nurcie oddziaływań na jednostki mieści się też poradnictwo indywidualne i działania terapeutyczne. Natomiast, z perspektywy gminnego programu profilaktycznego, warto rozważyć też możliwość wprowadza-

nia **zmian strukturalnych w środowisku lokalnym** – tam, gdzie jednostki piją alkohol i/lub doświadczają problemów wynikających z picia. Doświadczenia społeczności lokalnych ze Stanów Zjednoczonych i Szwecji pokazują, że takie zmiany (np. ostrzeżenie lokalnych przepisów dotyczących handlu alkoholem, wprowadzenie częstych kontroli trzeźwości kierowców) mogą pociągać za sobą pożądane zmiany w zachowaniach mieszkańców (np. ograniczenie picia alkoholu, przypadków prowadzenia pojazdów po alkoholu, sprzedaży alkoholu nieletnim).

Wybór treści merytorycznych programu tak, aby jak najlepiej służył on danej społeczności wymaga niewątpliwie dużej wiedzy i głębokiego zastanowienia. Pomocne przy tym są konsultacje z przedstawicielami instytucji i organizacji lokalnych. Warto też korzystać z wiedzy i doświadczeń innych (np. sięgać do raportów z badań i opracowań zamieszczanych na stronach PARPA: www.parpa.pl lub Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii: www.kbpn.gov.pl) ponieważ wiedza na temat skutecznych strategii profilaktycznych ciągle się rozwija i wzbogaca. Cennym źródłem informacji są też bazy danych na temat profesjonalnych programów profilaktycznych, które jak „klocki” można wstawić do gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (taki bank danych jest dostępny w PARPA oraz na stronie Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej www.cmppp.edu.pl). Zaletą programów zamieszczanych w tych bazach jest to, że spełniają one określone kryteria jakości. Oznacza to, że analiza ich założeń teoretycznych, treści, metod i intensywności oddziaływania, a w przypadku niektórych programów, również pozytywne wyniki ewaluacji, pozwalają przypuszczać, iż programy te, realizowane zgodnie z założeniami, przyniosą oczekiwane efekty. Korzystanie w ramach gminnego programu z dobrych, sprawdzonych technologii profilaktycznych ma tę zaletę, że pozwala ograniczyć ryzyko niepowodzenia oraz zrationalizować wydatki na profilaktykę. Lepiej jest wprowadzić jeden, nawet dość drogi i czasochłonny program (np. obejmujący około 10 godzin zajęć dydaktycznych w jednej klasie w ciągu roku), który przyniesie pozytywne efekty niż kilka innych, tańszych i krótszych (np. 45-minutowe „pogadanki” lub teatr profilaktyczny – dwie godziny lekcyjne dla całej szkoły, nie angażujące nauczycieli) bez żadnych efektów lub co gorsza – będą miały negatywny wpływ na odbiorców.

W idealnym świecie każda społeczność lokalna planująca realizację gminnego programu profilaktyki mogłaby skorzystać z bardzo bogatych zasobów, takich jak wyżej wymienione, baz danych i wybrać technologię najlepiej odpowiadającą jej potrzebom i możliwościom. Jednak w rzeczywistości wybór programów o udokumentowanych pozytywnych efektach jest bardzo niewielki. Samorządy lokalne są natomiast na co dzień zasypywane ofertami programów profilaktycznych opracowanych przez lokalnych specjalistów, organizacje pozarządowe, pracowników oświaty itp. Problem w tym, że o skuteczności tych „autorskich” programów najczęściej nic nie wiadomo. A to właśnie przedstawiciele władz lokalnych są odpowiedzialni za wybór najlepszych propozycji. Najlepszych – czyli takich, które będą skuteczne, a przede wszystkim – nikomu nie zaszkodzą. Jak wybrać taki program?

Z inicjatywy Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii został powołany zespół roboczy, którego zadaniem jest opracowanie i wdrożenie systemu rekomendacji programów profilaktycznych. W skład zespołu weszli przedstawiciele PARPA,

CMPPP oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Opracowane standardy mają być podstawą ogólnopolskiego systemu rekomendacji. Poniżej przedstawiamy proponowane kryteria oceny jakości programów w formie pytań, które mogą być przydatne przy poszukiwaniu najlepszych dla danej gminy technologii. Im więcej można udzielić odpowiedzi twierdzących na temat danego programu – tym wyższa jest jego jakość i tym większe prawdopodobieństwo, że środki finansowe przeznaczone w gminie na profilaktykę nie zostaną zmarnowane.

Sprawdzian jakości programu	TAK
1. Czy w naszej gminie istnieje uzasadniona potrzeba realizacji takiego programu?/Czy właśnie taki rodzaj programu jest najbardziej potrzebny?	
2. Czy opis programu jest prosty i czytelny?	
3. Czy w programie są uwzględnione czynniki ryzyka i/lub czynniki chroniące? ⁵ Czy można te czynniki wymienić?	
4. Czy program jest oparty na modelach teoretycznych/teoriach, których skuteczność została potwierdzona w literaturze naukowej lub sprawdzona w praktyce? ⁶	
5. Czy jest jasno określona grupa odbiorców programu? Czy jest to program: <ul style="list-style-type: none"> ■ Uniwersalny? ■ Selektywny? ■ Wskazujący? 	
6. Czy uwzględniono specyfikę kulturową, środowiskową odbiorców programu?	
7. Czy są informacje pozwalające sprawdzić kto (jakie grupy osób) nie kwalifikuje się do udziału w programie lub w jakich grupach program nie daje oczekiwanych efektów?	
8. Czy autorzy programu mają już doświadczenia związane z jego realizacją? Jakież?	
9. Czy autorzy programu przedstawili dokładny harmonogram realizacji programu (szczegółowe scenariusze poszczególnych zajęć)?	
10. Czy cele programu odpowiadają potrzebom odbiorców?	
11. Czy cel ogólny programu jest adekwatny do występującego w gminie problemu, tzn. dotyczy modyfikacji lub zmiany sytuacji niepożądaną na pożądaną albo utrzymania (poprawy) sytuacji aktualnej ocenianej jako pozytywna?	

⁵ Więcej informacji na ten temat znajduje się w części „Czynniki ryzyka i czynniki chroniące”.

⁶ Teorie wykorzystywane najczęściej w praktyce profilaktycznej są krótko opisane w części „Koncepcje teoretyczne i opracowane na ich podstawie strategie profilaktyczne...”. Teorie te, dały podstawy opracowania strategii, których skuteczność została potwierdzona w działaniach wobec różnych grup odbiorców i w różnych środowiskach.

	TAK
12. Czy cele szczegółowe dotyczą modyfikacji lub zmiany wybranych aspektów problemu, przez co przyczyniają się do osiągnięcia celu głównego?	
13. Czy cele programu są SMART? <ul style="list-style-type: none"> ■ odnoszą się do grupy docelowej programu (S – specific ang.)? ■ są sformułowane w formie mierzalnych rezultatów (M – measurable)? ■ są sformułowane w formie oczekiwanej zmiany (A – action – oriented)? ■ są realistyczne, możliwe do osiągnięcia (R – realistic)? ■ są możliwe do osiągnięcia w zakładanym czasie (T – timed)? 	
14. Czy zaplanowane w programie aktywności i działania są szczegółowo opisane?/ Czy wiadomo jaki jest ich rodzaj, długość i intensywność?	
15. Czy planowane działania (metody pracy) są dostosowane do charakterystyki odbiorców?	
16. Czy dostępne środki (ludzkie, materialne) pozwalają zrealizować planowane działania?	
17. Czy autorzy programu zapewniają nadzór nad jakością realizacji programu poprzez np.: koordynację, cykliczne spotkania realizatorów, odpowiednie materiały?	
18. Czy jest przewidziany monitoring realizacji programu?	
19. Czy jest zapewniony system szkolenia realizatorów programu?	
20. Czy w programie jest przewidziana współpraca z lokalną społecznością i/lub organizacjami?	
21. Czy była prowadzona ewaluacja procesu realizacji programu?	
22. Czy autorzy programu uwzględnili wyniki ewaluacji procesu, aby ulepszyć program?	
23. Czy słabe strony programu są analizowane i wyjaśniane?	
24. Czy była przeprowadzona ewaluacja wyników programu?	
25. Czy ewaluacja wyników udowodniła, że program przynosi oczekiwane rezultaty?	
26. Czy nieprzewidziane efekty programu są analizowane i wyjaśniane?	
27. Czy z realizacji programu będą wynikały wskazania, rekomendacje dla dalszych działań na terenie gminy?	

Czynniki ryzyka i czynniki chroniące

Współczesna profilaktyka zachowań problemowych (ryzykownych) dzieci i młodzieży w dużej mierze opiera się na wynikach badań, w których poszukuje się tzw. czynników ryzyka. Są one definiowane jako te cechy jednostki i jej środowiska, które wiążą się z większym prawdopodobieństwem wystąpienia zaburzeń i problemów oraz dłuższym czasem ich trwania i nasilenia. Ograniczanie wpływu takich czynników zmniejsza ryzyko picia alkoholu, używania narkotyków i podejmowania innych zachowań zagrażających zdrowiu przez nastolatków. Najczęściej wymieniające psychospołeczne czynniki ryzyka to:

- Czynniki środowiskowe – dostępność alkoholu i narkotyków, bezrobocie, ubóstwo, przestępczość w środowisku lokalnym.
- Czynniki rodzinne – picie alkoholu i/lub używanie narkotyków przez rodziców, brak sprzeciwu rodziców wobec używania substancji psychoaktywnych przez młodzież, odrzucenie dziecka, niedostateczna kontrola, konflikty w rodzinie.
- Czynniki rówieśnicze – używanie substancji psychoaktywnych przez rówieśników i akceptowanie przez nich picia alkoholu i/lub brania narkotyków, zachowania sprzeczne z prawem.
- Czynniki szkolne – problemy związane z zachowaniem, absencja, słabe osiągnięcia szkolne, niskie aspiracje edukacyjne, brak wsparcia w nauce.
- Cechy jednostki – pozytywne przekonania związane z alkoholem i narkotykami, impulsywność, znaczne zapotrzebowanie na stymulację, agresywność, zaburzenia zdrowia psychicznego, wysoki poziom stresu.
- Biografia – doświadczenie przemocy fizycznej lub seksualnej, inne doświadczenia traumatyczne (np. utrata kogoś bliskiego), zachowania sprzeczne z prawem, wczesna inicjacja: seksualna, picia alkoholu, palenia papierosów, używania narkotyków.

W latach 90. XX w. rozwinął się też nurt badań nad tzw. czynnikami chroniącymi, czyli tymi właściwościami jednostek lub środowiska, które wzmacniają potencjał zdrowotny oraz odporność na działanie czynników ryzyka. Obecnie przyjmuje się, że wzmacnianie czynników chroniących jest w profilaktyce równie ważne (a zdaniem niektórych – ważniejsze!) jak ograniczanie czynników ryzyka.

Search Institute – niezależna organizacja non profit działająca na rzecz prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży publikuje na swojej stronie internetowej (<http://www.search-institute.org/assets/>) informacje na temat wewnętrznych i zewnętrznych zasobów sprzyjających zdrowiu i dorastaniu bez ryzykownych zachowań. Informacje te są opracowywane na podstawie analizy wyników najnowszych badań z zakresu psychologii rozwojowej, teorii odporności (resiliency) i profilaktyki. Interaktywna strona internetowa umożliwia również sprawdzenie, jakie działania warto podejmować aby wzmocnić każdy z tych czynników. Im więcej zasobów ma dane dziecko, tym mniejsze jest prawdopodobieństwo podejmowania przez nie różnego rodzaju zachowań problemowych a większe – prawidłowego rozwoju. Listy 40 najważniejszych zasobów niezbędnych do pozytywnego rozwoju są zróżnicowane w zależno-

ści od wieku dzieci (od 3 do 18 lat). Natomiast, w określonych grupach wiekowych mają charakter uniwersalny – ich znaczenie jest takie samo dla dziewcząt i chłopców, dzieci ze wszystkich grup społecznych i ekonomicznych oraz we wszystkich typach rodzin. Wyniki badań pokazują, że większość nastolatków posiada mniej niż połowę z 40 zasobów, a chłopcy mają zwykle mniej zasobów niż dziewczęta. Dlatego też tworzenie w społeczności lokalnej warunków sprzyjających rozwojowi wewnętrznych i zewnętrznych zasobów rozwojowych ma ogromne znaczenie w profilaktyce.

Poniżej przedstawiamy listę 40 zasobów, które warto jest rozwijać i wzmacniać, aby ułatwić prawidłowe dorastanie nastolatkom w wieku 12–18 lat.

Zasoby wewnętrzne	
Wsparcie	<p>1. Wsparcie w rodzinie – Życie rodzinne jest pełne miłości i wsparcia (proponowane przez Search Institute sposoby wzmacniania wsparcia w rodzinie to np. pielęgnowanie tradycji i zwyczajów rodzinnych; poszanowanie prywatności i potrzeby niezależności dziecka; codzienne przytulanie nawet dużych dzieci; wspólne spędzanie czasu).</p> <p>2. Dobra komunikacja w rodzinie – Rodzice i dziecko dobrze się porozumiewają, a nastolatek zwraca się do rodziców ze swoimi problemami i korzysta z ich wskazówek.</p> <p>3. Dobre relacje z innymi dorosłymi – nastolatek otrzymuje wsparcie od trzech lub więcej osób dorosłych nie licząc rodziców</p> <p>4. Troskliwe sąsiedztwo – nastolatek żyje w bezpiecznym, troskliwym środowisku.</p> <p>5. Dobry klimat szkoły – w szkole nastolatek doświadcza uwagi, wsparcia i pozytywnych wzmocnień.</p> <p>6. Zaangażowanie rodziców w życie szkoły – rodzice aktywnie pomagają nastolatkowi w osiągnięciu sukcesów szkolnych.</p>
Wzmacnianie	<p>7. Społeczność lokalna docenia młodzię – młodzi ludzie podejmujący prace zarobkowe są życzliwie traktowani przez starszych pracowników.</p> <p>8. Młodzię jako wsparcie – młodzi ludzie wypełniają ważne, z perspektywy społeczności lokalnej, zadania (np. pomagają innym w nauce, biorą udział w przygotowaniu imprez lokalnych).</p> <p>9. Pomoc innym – Młodzi ludzie działają na rzecz społeczności lokalnej przynajmniej przez godzinę w tygodniu.</p> <p>10. Bezpieczeństwo – Młodzi ludzie czują się bezpieczni w domu, w szkole i w sąsiedztwie.</p>
Granice i oczekiwania	<p>11. Granice w rodzinie – W rodzinie obowiązują jasne zasady zachowania i konsekwencje ich łamania a rodzice wiedzą, co, gdzie, kiedy i z kim robi ich dziecko.</p>

	12. Granice w szkole – W szkole obowiązują jasne zasady zachowania i konsekwencje ich łamania a zachowania nastolatka podlegają kontroli.
	13. Granice w sąsiedztwie – Społeczność lokalna jest odpowiedzialna za monitorowanie zachowań nastolatków.
	14. Dorośli jako wzorce zachowań – Rodzice i inni dorośli modelują pozytywne i odpowiedzialne zachowania.
	15. Pozytywne wpływy rówieśnicze – Najlepsi przyjaciele nastolatka modelują odpowiedzialne zachowania.
	16. Wysokie oczekiwania – Rodzice i nauczyciele zachęcają nastolatka do podejmowania pozytywnych działań.
Konstruktywne wykorzystanie czasu	17. Twórcze działania – Nastolatek poświęca trzy lub więcej godzin w tygodniu na zajęcia muzyczne, teatralne lub inne działania artystyczne.
	18. Zorganizowane aktywności – Nastolatek poświęca trzy lub więcej godzin w tygodniu na zajęcia sportowe, klubowe lub inne w szkole lub w społeczności lokalnej.
	19. Zaangażowanie religijne – Nastolatek spędza przynajmniej godzinę w tygodniu na praktykach religijnych.
	20. Czas w domu – Nastolatek spędza nie więcej niż dwa wieczory w tygodniu z rówieśnikami poza domem.
Zasoby wewnętrzne	
Zaangażowanie w naukę	21. Potrzeba osiągnięć – Nastolatek chce mieć jak najlepsze wyniki w nauce.
	22. Zaangażowanie – Nastolatek angażuje się w poszerzanie swojej wiedzy.
	23. Praca domowa – Nastolatek poświęca przynajmniej godzinę dziennie na odrabianie lekcji.
	24. Poczucie więzi ze szkołą – Nastolatek troszczy się o swoją szkołę
	25. Czytanie dla przyjemności – Nastolatek spędza trzy godziny lub więcej w tygodniu na czytaniu.
Pozytywne wartości	26. Troskliwość – Pomaganie innym jest dla nastolatka ważne.
	27. Równość i humanitaryzm – Dla nastolatka ważne są wartości humanitarne i poszanowanie innych.
	28. Prawość – Nastolatek postępuje zgodnie z własnymi przekonaniami i ich broni.
	29. Uczciwość – Nastolatek zawsze mówi prawdę.

	30. Odpowiedzialność – Nastolatek przyjmuje odpowiedzialność za własne czyny.
	31. Wstrzemięźliwość – Nastolatek jest przekonany o tym, że warto jest nie podejmować aktywności seksualnej, nie pić alkoholu i nie używać narkotyków.
Umiejętności społeczne	32. Planowanie i podejmowanie decyzji – Nastolatek umie planować, przewidywać konsekwencje i dokonywać wyborów.
	33. Umiejętności interpersonalne – Nastolatek jest empatyczny, wrażliwy i jest dobrym przyjacielem.
	34. Umiejętności międzykulturowe – Nastolatek ma wiedzę i umiejętności adekwatnego zachowania wśród przedstawicieli innych kultur/narodowości/pochodzenia.
	35. Odpieranie presji – Nastolatek umie przeciwstawić się presji rówieśniczej i radzić sobie w niebezpiecznych sytuacjach.
	36. Rozwiązywanie konfliktów – Nastolatek radzi sobie w trudnych sytuacjach bez agresji i przemocy.
Pozytywna tożsamość	37. Wewnętrzna siła – Nastolatek ma poczucie kontroli nad tym, co go w życiu spotyka.
	38. Samoocena – Nastolatek ma wysoką samoocenę.
	39. Poczucie sensu – Nastolatek ma poczucie, że jego życie i to, co robi ma sens.
	40. Pozytywne nastawienie do własnej przyszłości – Nastolatek optymistycznie patrzy we własną przyszłość.

Koncepcje teoretyczne i opracowane na ich podstawie strategie profilaktyczne, których skuteczność została potwierdzona w badaniach naukowych⁷

Ramka 1.

Teoria Przywiązania Johna Bowlby'ego (1973) opisuje proces rozwoju więzi pomiędzy jednostką a otoczeniem w kolejnych etapach życia. Podstawą rozwoju tej więzi są relacje z matką (lub osobą pełniącą tę rolę) we wczesnym dzieciństwie. Oddzielenie od matki czy odrzucenie z jej strony prowadzą do „zerwania podstawowej więzi łączącej jedną istotę ludzką z drugą” (Marchwicki 2006). Dzieci niechciane i zaniedbane rosną w przekonaniu, że bliscy są nie-

⁷ Zamieszczone w tym fragmencie „ramki” zostały zaczerpnięte z: Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A. (2007). *Profilaktyka i wczesna interwencja*. W: A. Hejda, K. Okulicz-Kozaryn (red). *Zapobieganie Narkomanii w Gminie. Zasady tworzenia gminnych programów przeciwdziałania narkomanii*. Warszawa, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 69-79. Cały podręcznik adresowany do różnych osób i instytucji odpowiedzialnych za rozwiązywanie problemów społecznych na szczeblu lokalnym jest zamieszczony na stronie www.kbnp.gov.pl.

przewidywalni i niegodni zaufania, a one same niegodne miłości. Prowadzi to do poważnych zaburzeń emocjonalnych u dziecka – w tym trudności w nawiązywaniu konstruktywnych związków oraz problemów z zachowaniem, a w wieku dorosłym – do zaburzeń psychicznych. W kolejnych fazach rozwoju dziecka a następnie nastolatka coraz większego znaczenia nabierają relacje z innymi osobami, dalszą rodziną, wychowawcami, rówieśnikami, partnerem. Poczucie więzi z otoczeniem pozwala skutecznie radzić sobie w trudnych sytuacjach. Jest również koniecznym warunkiem kształtowania umiejętności udzielania wsparcia innym osobom. Teoria Przywiązania wskazuje na kluczowe znaczenie, jakie w profilaktyce ma **Strategia Rozwijania Umiejętności Wychowawczych** oraz **Strategia Rozwoju Zasobów Środowiskowych** (strategia ta jest opisana w ramce nr 5, dotyczącej Teorii Odporności).



W Strategii Rozwijania Umiejętności Wychowawczych kluczowe znaczenie ma wzmacnianie więzi z rodzicami i wychowawcami. Działania polegają na rozwijaniu u osób dorosłych takich umiejętności jak:

- porozumiewanie się z dzieckiem (także w sprawach związanych z substancjami psychoaktywnymi),
- okazywanie miłości i troski,
- rozwiązywanie konfliktów,
- wspieranie nastolatka w osiąganiu celów życiowych i radzeniu sobie z trudnościami,
- ustalanie i konsekwentne egzekwowanie zasad, jakich dziecko powinno przestrzegać.

Elementem programów może być również przygotowanie rodziców do aktywnego włączania się i pomocy w realizacji działań prowadzonych w szkołach.

W programach dla rodzin proponuje się rodzicom: treningi umiejętności rodzicielskich, spotkania grup wsparcia, poradnictwo rodzinne czy terapię rodzinną.

Ramka 2.

Teoria Społecznego Uczenia Alfreda Bandury (1986) wyjaśnia proces nabywania umiejętności nowych zachowań – również sięgania po środki psychoaktywne – poprzez modelowanie, czyli obserwację i naśladowanie osób ważnych i atrakcyjnych. Uczenie poprzez modelowanie rozpoczyna się już we wczesnym dzieciństwie, a pierwszymi modelami są rodzice i najbliższa rodzina. Wraz z dorastaniem modelami dla nastolatków stają się rówieśnicy oraz popularne postacie kultury masowej. Bandura rozwinął również – ważną z profilaktycznego punktu widzenia – koncepcję oczekiwań – czyli przechowywanych w pamięci informacji na temat: wyniku danego działania (np. używania narkotyków), jego subiektywnej użyteczności (np. uczucie odprężenia) i własnej skuteczno-

ści w radzeniu sobie w różnych sytuacjach życiowych (np. unikaniu ryzyka związanego ze zdobywaniem narkotyków). W praktyce profilaktycznej Teoria Społecznego Uczenia przyczyniła się do rozwoju Strategii Rozwoju Umiejętności Wychowawczych (opisanej w ramce nr 1) oraz Strategii Edukacji Rówieśniczej, a także do udoskonalenia Strategii Przekazu Informacji.



W **Strategii Edukacji Rówieśniczej** wykorzystywany jest wpływ grupy oraz liderów młodzieżowych, czyli znaczących i atrakcyjnych nastolatków. Naturalne grupy rówieśnicze są bowiem miejscem, w którym nastolatki mogą bezpiecznie podejmować nowe role i „testować” sposoby rozwiązywania problemów, z jakimi zetkną się w przyszłości. Młodzi liderzy:

- prowadzą zajęcia w grupach,
- modelują postawy i zachowania sprzyjające zdrowiu,
- podejmują dyskusje na tematy, w których dorośli mają ograniczone możliwości nawiązania kontaktu z młodzieżą.

Udział liderów może więc stanowić ważne i przydatne uzupełnienie działań prowadzonych przez nauczycieli, wychowawców czy innych profesjonalistów. W przypadku starszych nastolatków możliwe staje się ograniczenie udziału dorosłych w prowadzeniu działań i przejęcie przez liderów ich roli.

O skuteczności edukacji rówieśniczej decyduje:

- odpowiednie przygotowywanie liderów do zadań – liderzy powinni zostać objęci intensywnym treningiem umiejętności prowadzenia zajęć w grupach,
- systematyczne wsparcie ze strony dorosłych i pomoc w rozwiązywaniu bieżących problemów,
- systematyczne monitorowania pracy liderów.

Strategia Przekazu Informacji, która polega na przekazywaniu wiedzy na temat:

- rozpowszechnienia używania i nadużywania narkotyków,
- indywidualnych, rodzinnych i społecznych konsekwencji używania,
- możliwości uzyskania pomocy w rozwiązywaniu problemów związanych z używaniem.

Działania te prowadzone są najczęściej w ramach programów realizowanych w szkołach (przy czym odbiorcami są nie tylko uczniowie, ale również ich rodzice) oraz w trakcie kampanii w środkach masowego przekazu. Wiedza na temat substancji psychoaktywnych oraz zagrożeń związanych z ich używaniem jest ważnym, lecz niewystarczającym, elementem oddziaływań profilaktycznych. Dostarczenie przekonujących dla odbiorcy informacji może bowiem sprzyjać kształtowaniu odpowiednich postaw – jednak wiedza „sama w sobie” w niewielkim stopniu wpływa na zmianę zachowania. Ponadto, niewłaściwie przekazane informacje mogą wywoływać niepożądane efekty – wzbudzać ciekawość i chęć eksperymentowania. Wiedza powinna być więc oparta na faktach i odnosić się przede wszystkim do bezpośrednich negatywnych konsekwencji – tak by przeciwdziałać utrwalaniu pozytywnych oczekiwań dotyczących efektów działania substancji psychoaktywnych.

Ramka 3.

Teoria Uzasadnionego Działania Icka Ajzena i Martina Fishbeina (1980) (por. Ostaszewski, 2003) opiera się na założeniu, że ludzie postępują w sposób racjonalny i decydując się na podjęcie (lub zaniechanie) danej aktywności rozważają możliwe jej konsekwencje. Rachunek „zysków i strat” determinuje pozytywną bądź negatywną postawę wobec tejże aktywności. Z kolei postawy oraz tzw. subiektywne normy, które odzwierciedlają aprobatę dla danego zachowania, leżą u podstaw intencji, która bezpośrednio poprzedza zachowanie. Subiektywne normy kształtują się natomiast na bazie przekonań normatywnych, czyli przekonań czy i na ile znaczące osoby akceptują bądź nie akceptują danego zachowania oraz motywacji, by kierować się opinią i oczekiwaniami tych osób. Zachowanie zaś może zostać wprowadzone w czyn, gdy pojawiają się sprzyjające okoliczności. Można to ująć w następujący sposób: „marihuana to nieszkodliwe ziółko” (postawa) „nie ma nic złego w tym, że zapalę skręta” (norma) „spróbuję, gdy nadarzy się okazja” (intencja) kolega proponuje marihuanę (sprzyjające okoliczności).

Na bazie tej teorii rozwinięta została **Strategia Edukacji Normatywnej**:



Strategia Edukacji Normatywnej polega na kształtowaniu i wzmacnianiu norm przeciwnych picciu alkoholu, paleniu papierosów i używaniu narkotyków przez dzieci i młodzież.

Podejmowane działania zmierzają do:

- modyfikacji norm sprzyjających używaniu substancji psychoaktywnych.
- korygowania błędnych wyobrażeń na temat rozpowszechnienia zjawiska (młodzież, a także dorośli, zawyżają bowiem liczbę osób, które w ich mniemaniu sięgają po substancje psychoaktywne).

Ważnym aspektem programów, w których wykorzystywana jest edukacja normatywna, jest również udział znaczących osób – rodziców oraz liderów rówieśniczych. Strategia edukacji normatywnej jest uznawana za jedną z najbardziej skutecznych w zakresie wpływu na używanie przez młodzież substancji psychoaktywnych.

Ramka 4.

Teoria Zachowań Problemowych Richarda Jessora (1987) zwraca uwagę na funkcję, jaką w przypadku nastolatków pełnią zachowania naruszające normy prawne lub obyczajowe. Używanie substancji psychoaktywnych, wczesne rozpoczynanie współżycia seksualnego, zachowania buntownicze czy przestępcze mogą prowadzić do poważnych konsekwencji bezpośrednich – zarówno zdrowotnych, jak i społecznych – oraz zaważyć na całym dalszym życiu młodego człowieka. Zachowania problemowe współwystępują ze sobą – podjęcie przez nastolatka jednego z takich zachowań sprzyja wniknięciu się w następne, co oczywiście zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się negatywnych następstw. Jednak podejmowanie zachowań problemowych może służyć również zaspokajaniu ważnych potrzeb, takich jak potrzeba niezależności, autonomii i dojrzałości, pomagać w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi, czy

wreszcie pozwala dać upust niechęci wobec tradycyjnych norm i wartości. Teoria Zachowań przyczyniła się do rozwoju **Strategii Kształtowania Umiejętności Życiowych** oraz **Strategii Alternatyw**.



Strategia Kształtowania Umiejętności Życiowych koncentruje się na uczeniu bądź wzmacnianiu umiejętności życiowych sprzyjających realizacji celów i zaspokajaniu potrzeb w konstruktywny sposób. Programy dotyczą, między innymi, takich umiejętności jak:

- ustalanie celów i rozwiązywanie problemów,
- nawiązywanie kontaktów,
- podejmowanie decyzji i krytyczne myślenie,
- budowanie pozytywnej samooceny,
- wzmacnianie samokontroli,
- radzenie sobie z trudnościami życiowymi i stresem,
- asertywność, czyli odporność na negatywne wpływy społeczne i umiejętność odmawiania.

Warto podkreślić, że termin „negatywne wpływy” odnosi się zarówno do bezpośrednich namów skłaniających do sięgania po substancje psychoaktywne, jak również do bardziej ukrytych form zachęcania jak: normy i preferowane w gronie młodzieży wzory zachowań czy przekazy upowszechniane w środkach masowego przekazu.

Strategia Alternatyw polega na angażowaniu młodych ludzi do udziału w atrakcyjnych formach spędzania czasu, które sprzyjają osobistemu rozwojowi odbiorców, wzmacniają poczucie odpowiedzialności, własnej wartości oraz umożliwiają włączenie się do grup realizujących pozytywne cele.

Oferta może dotyczyć:

- zajęć sportowych,
- zajęć artystycznych,
- przedsięwzięć „biznesowych”,
- wolontariatu.

Programy oparte na tej strategii przynoszą dobre efekty w pracy z młodzieżą z grup ryzyka (profilaktyka wskazująca), której możliwości konstruktywnego spędzania czasu wolnego i – co o wiele ważniejsze – tworzenia pozytywnych więzi społecznych są ograniczone.

Ramka 5.

Teoria Odporności (Resilience), której pionierami byli **Michael Rutter (1979)** i **Norman Garmezy (1985)**, dotyczy czynników i mechanizmów sprzyjających pozytywnemu rozwojowi dzieci dorastających w bardzo trudnych warunkach – pochodzących z rodzin z problemami związanymi ze zdrowiem psychicznym, uzależnieniami, żyjących w ubóstwie. Dzieci „odporne” to dzieci, które mimo splotu szeregu niekorzystnych okoliczności zachowują dobre zdrowie i prawidłowo się rozwijają. Do wzmocnienia odporności może przyczynić się szereg czynników chroniących – nazywanych też zasobami odpornościowymi. Należą do nich: zasoby indywidualne (zrównoważony temperament, zdolności po-

znawcze, pogoda ducha, poczucie humoru), zasoby najbliższego otoczenia (więcej przynajmniej z jednym z rodziców, konstruktywni rówieśnicy, zaufana, wspierająca osoba dorosła spoza rodziny), zasoby środowiska lokalnego (wsparcie nauczycieli, możliwość konstruktywnego spędzania wolnego czasu, przyjazne i oferujące pomoc sąsiedztwo). Teoria Odporności wskazuje, między innymi, na konieczność rozwijania Strategii Rozwoju Zasobów Środowiskowych oraz Strategii Kształtowania Umiejętności Życiowych (opisanej w ramce 4 – Teoria Zachowań Problemowych).



Strategia Rozwoju Zasobów Środowiskowych polega na kształtowaniu postaw i zachowań, w tym zachowań związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, poprzez zmianę warunków życia w społeczności. Działania środowiskowe mogą mieć szerszy lub węższy zakres i najczęściej zmierzają do modyfikacji:

- **systemu organizacji życia społecznego**, w celu poprawy istniejących w społeczności lokalnej możliwości prowadzenia skutecznych działań profilaktycznych i interwencyjnych poprzez lepsze planowanie i organizację działań, usprawnienie współpracy między organizacjami i ułatwienie dostępu do instytucji udzielających pomocy;
- **postaw społecznych i standardów obyczajowych** sprzyjających używaniu środków psychoaktywnych, w tym wprowadzaniu do szkół jasnych i precyzyjnych zasad sprzeciwiających się używaniu narkotyków, ograniczaniu podaży legalnych i nielegalnych środków psychoaktywnych w środowisku lokalnym, zmianach zasad reklamowania alkoholu i papierosów.

Bardzo powszechne są również działania służące **tworzeniu atmosfery stymulującej prawidłowy i wszechstronny rozwój dzieci i młodzieży**. Mogą one polegać na poprawie atmosfery w szkołach i innych placówkach wychowawczych, wzmacnianiu poczucia bezpieczeństwa i wsparcia ze strony społeczności, czy wreszcie rozwijaniu oferty zajęć pozalekcyjnych.

Ramka 6.

Teoria „Substancji Torujących Drogę” Denise Kandel (1992) opisuje kolejne etapy sięgania po substancje psychoaktywne. Pierwsze eksperymenty nastolatków polegają najczęściej na piciu słabych napojów alkoholowych – głównie piwa i wina. Większość młodych ludzi na tym poprzestaje – jednak część zaczyna pić mocniejsze alkohole i palić papierosy. Z grupy sięgających po mocniejsze alkohole i papierosy rekrutują się osoby, które wchodzi w kolejną fazę – używanie marihuany i/lub leków o działaniu psychoaktywnym. Również i w tym przypadku większość osób kończy swoje eksperymenty ze środkami nielegalnymi na marihuanie – znacznie mniejsza grupa zaczyna sięgać po silne narkotyki pobudzające czy pochodne opium. Rzadko zdarza się, by osoba, która nigdy nie piła alkoholu, zaczęła palić marihuanę, a osoba, która nie pró-

bową marihuany, sięgnęła po heroinę. Co więcej, ryzyko inicjacji używania poszczególnych substancji psychoaktywnych jest największe w okresie dorastania i zmniejsza się wraz z wchodzeniem w wiek dorosły.

Teoria „Substancji Torujących Drogę” nie znalazła swojego bezpośredniego odzwierciedlenia w opisanych powyżej strategiach profilaktycznych, ale wskazała na dwie bardzo ważne kwestie. Po pierwsze, w praktyce profilaktycznej kluczowe znaczenie ma rozpoczynanie działań profilaktycznych przed momentem inicjacji w używaniu substancji legalnych – czyli w wieku 10–12 lat. Po drugie, przeciwdziałanie używaniu alkoholu i papierosów zmniejsza ryzyko sięgnięcia po narkotyki.

Priorytetowe zadania dla samorządów lokalnych w zakresie prowadzenia działań profilaktycznych wobec dzieci i młodzieży

Planując w realizacji gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych działania, których celem jest zmniejszenie spożycia alkoholu wśród dzieci i młodzieży, należy pamiętać, iż osiągnięcie celu stanie się o tyle możliwe, o ile nasze działania będą prowadzone systematycznie i planowo, przy wykorzystaniu różnorodnych form oddziaływań i skierowaniu działań na różne obszary.

Realizacja profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej skierowanej pośrednio i bezpośrednio do dzieci i młodzieży na terenie gminy to przede wszystkim:

1. Prowadzenie na terenie szkół i innych placówek oświatowych i opiekuńczo-wychowawczych programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży. Standardy jakości programów profilaktycznych zostały opracowane przez Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej i znajdują się na stronie internetowej www.cmppp.edu.pl. Standardy te odnoszą się do wielu obszarów działań profilaktycznych i opisane są w odniesieniu do takich wymiarów jak: bezpieczeństwo uczestników, adekwatność programu, skuteczność, głębokość i czas trwania programu, organizacja, ewaluacja i dokumentacja programu.

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

2. Podejmowanie działań o charakterze edukacyjnym przeznaczonych dla rodziców, których celem jest wspieranie abstynencji dziecka i przygotowanie go do podejmowania świadomych i odpowiedzialnych decyzji związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Przykładem takich działań są programy mające na celu rozwijanie umiejętności wychowawczych, np.: „Szkoła dla rodziców”, wspieranie rodziców w trudnościach wychowawczych, prowadzenie grup wsparcia, konsultacji specjalistów czy telefonu zaufania, np. „Pomarańczowej Linii” – telefonu pomagającego rodzicom dzieci, które piją/upijają się. Ogólnopolski telefon „Pomarańczowa Linia” 0-801 14-00-68 działa od poniedziałku do piątku w godz. 14.00–20.00.

3. Wdrażanie programów profilaktyczno-interwencyjnych dla młodzieży upijającej się. W tym przypadku należy oddzielić dwa obszary działań: pracę terapeutyczną po zdiagnozowaniu uzależnienia i działania korekcyjno-wychowawcze, skierowane do osób eksperymentujących z różnymi środkami psychoaktywnymi. Jeżeli chodzi o programy terapeutyczne dla młodych ludzi uzależnionych od alkoholu, mogą być realizowane jedynie w placówkach leczenia odwykowego. Działania interwencyjno-korekcyjne mogą być realizowane również w szkole przez przeszkolonych nauczycieli, np. przy wykorzystaniu procedury „Interwencji profilaktycznej” opracowanej przez zespół Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej „PRO-M” Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie lub program „Korekta” (przeznaczony dla

młodzieży pełnoletniej, w uzasadnionych przypadkach wykorzystywany do pracy w starszych klasach szkół ponadgimnazjalnych). Przykładem pozaszkolnego programu interwencyjno-profilaktycznego jest „TUKAN – Trening umiejętności kontroli zachowań związanych z alkoholem i narkotykami”, opracowany przez Stowarzyszenie Wspierania Rozwoju Dzieci i Młodzieży z Łodzi.

4. Wspieranie programów i przedsięwzięć profilaktycznych opracowywanych i realizowanych przez młodzież, skierowanych do grup rówieśniczych. Istotnym zadaniem jest także wspieranie rozwoju i działalności wolontariatu (warsztaty, szkolenia pogłębiające wiedzę i umiejętności z zakresu profilaktyki problemowej i promocji zdrowia) oraz realizowanie programów aktywizujących samorządy uczniowskie, grupy leaderskie czy młodzieżowe samorządy. Przykładem programów wspierających liderów młodzieżowych są: „Śnieżna Kula”, „Młodzieżowe Ochotnicze Pogotowie Rówieśnicze – MOPR”, program „Rówieśniczych Doradców”, Starszy brat, starsza siostra”. Wartościową inicjatywą jest także „Powiatowa Szkoła Liderów Młodzieżowych” prowadzona przez Stowarzyszenie Klub Abstynenta z Mikołowa.

PARPA od 2006 r. organizuje Młodzieżowy Ogólnopolski Przegląd Spektakli Profilaktycznych przygotowanych przez młodzież. Udział w nim opiera się na aktywnej współpracy z młodymi ludźmi, którzy byli zaangażowani w pracę nad tworzeniem scenariusza oraz opracowywaniem scenografii. Możliwość opowiedzenia o problemach swoich rówieśników, wyrażenia swoich emocji, uczenia się umiejętności aktorskich czy reżyserskich okazała się dla młodych ludzi dobrym programem profilaktycznym. Jednocześnie prezentując program wśród swoich rówieśników mogą oni w pozytywny sposób oddziaływać na swoje środowisko – nie tylko poprzez prezentację spektaklu, ale również swoją postawą, zaangażowaniem, pasją.

Połączenie formy teatralnej z przekazem profilaktycznym (a więc z budowaniem pozytywnych wzorców związanych z abstynencją, niepodejmowaniem zachowań ryzykownych) wymaga od animatora – opiekuna takich działań przynajmniej podstawowych wiadomości z zakresu profilaktyki. Spektakl ma być nie tylko przeżyciem emocjonalnym, ale ma za zadanie stawiać przed widzem ważne pytania i skłaniać go do przemyślenia swoich zachowań i decyzji.

Kilka ważnych wskazówek przy realizacji spektakli profilaktycznych:

- Ważne jest, aby mówiąc o problemach wynikających z używania substancji psychoaktywnych nie utwierdzać widza w jego błędnych przekonaniach narmatywnych, np. poprzez:
 - Pokazywanie powszechności jakiegoś zjawiska (palenia, picia czy zażywania narkotyków) – chcąc pokazać problem, stwarzamy iluzję, iż całe środowisko (klasa, grupa) to robi; nie należy też przesadzać z dosłownością w pokazywaniu tych zachowań na scenie (szczególnie ważne, gdy odbiorcami są młodsze grupy wiekowe).
 - Przedstawianie abstynencji jako czegoś mało atrakcyjnego, dziwnego – konfrontując ze sobą na scenie grupy, powinniśmy zadbać, aby były one

przestawione w sposób jak najbardziej naturalny, bez wpadania w schematyczne myślenie (dobry–zły, kujon–łobuz itp.), uproszczenia takie sprawdzają się w bajkach, lecz w przedstawieniach odnoszących się do rzeczywistości w której porusza się młodzież odczytywane są one wprost.

- Nie należy ograniczać przekazu do pokazania obszaru szkód związanych z uzależnieniem i śmiercią – są to wprawdzie możliwe negatywne konsekwencje, jednak nie należy pomijać olbrzymiego obszaru tzw. strat bieżących, które mogą pojawiać się już nawet przy pierwszej próbie podjęcia jakiegось zachowania ryzykownego. Warto zwracać uwagę na wartości, realizację celów i marzeń, itp., a więc na to, co może mieć wpływ na nasze decyzje i wybory (samo straszenie nie jest skuteczną strategią profilaktyczną).
- W przypadku sytuacji problemowej warto pokazać sposób jej rozwiązania, np. pomoc osobie, która podejmuje jakieś zachowanie ryzykowne – brak takich bliskich osób, pomocy, pomysłu na rozwiązanie sytuacji trudnej szczególnie wyraźny był w spektaklach przygotowanych przez grupy ze szkół gimnazjalnych i szkół średnich (może to powodować odrzucenie ważnych treści – to nie mój problem, to patologia, nie da się im pomóc). Pokazanie sposobu rozwiania sytuacji daje również nadzieję dla tych, którzy znają osoby nadużywające środków psychoaktywnych i niesie jasny przekaz, że pomoc jest możliwa. Warto pokazać przyjaciół czy inne przykłady pozytywnych dorosłych, którzy angażują się w udzielanie pomocy i dają wsparcie.

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

6. Organizowanie lokalnych imprez profilaktycznych dla młodzieży. Należy szczególnie zwracać uwagę na to, aby nie tworzyły one skojarzeń z promocją alkoholu i nie pochłaniały zbyt dużej ilości środków finansowych, które powinny być przeznaczane przede wszystkim na zajęcia prowadzone w małych grupach zapewniających bezpośredni kontakt wychowawcy z młodzieżą.

7. 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 właścicieli punktów sprzedaży napojów alkoholowych należy uwzględniać nie tylko aspekty prawne, lecz również obszar osobistych motywacji (np. postawy rodzicielskie, mity na temat alkoholu) oraz umiejętności praktyczne (ćwiczenie scen asertywnego odmawiania). Dział ds. rodziny i młodzieży PARPA dysponuje listą instruktorów przygotowanych do prowadzenia szkoleń dla sprzedawców w zakresie niesprzedawania alkoholu nieletnim.

8. Prowadzenie badań – związanych zwłaszcza z diagnozą zachowań problemowych/używaniem substancji psychoaktywnych podejmowanych przez młodzież oraz ewaluacją programów profilaktycznych. Diagnoza środowiska uwzględniająca

m.in. diagnozę problemu oraz zapotrzebowanie na działania z zakresu profilaktyki pierwszorzędowej bądź działań korekcyjnych, interwencyjnych dla grup ryzyka nie zawsze musi oznaczać przeprowadzenie dogłębnych badań socjologicznych na reprezentatywnej próbie młodzieży, powinna jednak być rzetelnym określeniem problemu związanego z używaniem substancji psychoaktywnych. Przygotowując diagnozę warto wykorzystać przede wszystkim informacje od nauczycieli i wychowawców klas, rozmowy z rodzicami i uczniami, obserwację zachowań uczniów, analizę dokumentów szkolnych i innych publikacji na tematy poświęcone profilaktyce, czy wreszcie krótkie ankiety (np. dotyczące klimatu szkoły, poczucia satysfakcji z uczestniczenia w programie profilaktycznym, sposobu prowadzenia interwencji wobec uczniów sięgających po narkotyki itd.). W przypadku planowania badań na większą skalę, sugerujemy zastosowanie takich narzędzi (procedury badawczej i doboru próby), aby wyniki badań można było porównać z wynikami ogólnopolskich badań ESPAD, co pozwoli na określenie skali zjawiska w środowisku lokalnym (wyniki badań ESPAD na www.parpa.pl). Przy realizacji jakichkolwiek badań czy też programów profilaktycznych należy jednak pamiętać o wcześniejszym poinformowaniu rodziców o takich działaniach. Pozwoli to nie tylko na uniknięcie ewentualnych zarzutów o brak zgody, ale wzmocni nasze działania i rozszerzy je na różne kierunki oddziaływań. Rodzice bowiem mogą podjąć ten temat w rozmowach, odwoływać się do pewnych norm czy też podsuwać rozwiązania w trudnych dla dziecka sytuacjach, np. namawiania do wypicia alkoholu).

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

Realizacja pozalekcyjnych zajęć sportowych jako elementu oddziaływań profilaktycznych

Należy podkreślić, że zajęcia sportowe nie mogą stanowić jedynej i samodzielnej strategii profilaktycznej. Powinny być integralnym elementem programu profilaktycznego i pełnić funkcję uzupełniającą w stosunku do innych działań profilaktycznych.

Zajęcia sportowe powinny się odwoływać do strategii profilaktycznych (np. osobistych decyzji abstynenckich, przekonań normatywnych, np. „prawdziwy sportowiec prowadzi zdrowy styl życia, nie pije, nie pali, nie używa narkotyków, sterydów”), a także wzmacniać czynniki chroniące, zwłaszcza poprzez ukazywanie autorytetów promujących wzorzec trzeźwości (trenera, znanych sportowców, nauczycieli wychowania fizycznego itp.) i rozwijanie zainteresowań.

Wskazane jest, by osoby prowadzące takie zajęcia miały odpowiednie kompetencje merytoryczne, dlatego warto realizować dla nich specjalne szkolenia z zakresu

znajomości strategii profilaktycznych, zasad pracy z młodzieżą z grup ryzyka i sytuacji psychologicznej dziecka w rodzinie alkoholowej. Należy zwrócić uwagę również na to, by były to osoby stanowiące dobry przykład dla młodych ludzi – aby przekaz profilaktyczny był zgodny z ich rzeczywistymi zachowaniami.

Pozalekcyjne zajęcia sportowe stanowiące element oddziaływań profilaktycznych powinny obejmować:

- zasady, normy postępowania zapisane w formie regulaminu zajęć (m.in. zakaz używek, przeklinania, zasady „fair play” itp.). Zaleca się, aby uczestnicy zajęć, po zapoznaniu się z zasadami, podpisali kontrakt – zobowiązanie do ich przestrzegania (mogą również wprowadzić swoje reguły niezależne od narzuconego regulaminu),
- trening umiejętności życiowych, np.:
 - dbania o higienę osobistą,
 - wygrywania i przegrywania,
 - radzenia sobie z emocjami,
 - odpowiedniego żywienia,
 - odpoczynku i relaksu,
 - przestrzegania zasad „gry”,
 - ponoszenia konsekwencji decyzji i zachowań,
 - poszanowania przeciwnika,
- współpracę z rodzicami: angażowanie ich np. w formie klubu kibica albo udziału w zawodach razem z dziećmi bądź osobnych; umożliwienie im podejmowania i realizowania własnych pomysłów (np. organizacji zawodów, treningów w innym miejscu niż dotychczas).

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

Należy pamiętać, że szczególnie w odniesieniu do dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, których udział w tego typu zajęciach jest wskazany, powinno się zwrócić szczególną uwagę na ich bezpieczeństwo psychiczne, np.:

- ochronę prywatności i zapewnienie dyskrecji,
- uwzględnianie systemu wartości uczniów i stopnia ich wrażliwości,
- respektowanie podmiotowości i indywidualności uczniów,
- obok elementów rywalizacji wprowadzać jak najwięcej elementów współpracy, zaangażowania całego zespołu, z docenieniem każdego członka tego zespołu, interweniować w sytuacjach, gdy grupa z jakiegoś powodu któregoś z nich odrzuca (i wspierać go w szczególnie sposób),

- unikanie sytuacji i komunikatów, które mogą nieść treści szkodliwe dla młodego człowieka (nie chodzi tu tylko o pomniejszanie poczucia wartości, lecz również o utwierdzenie w roli, w jakiej dziecko funkcjonuje w swoim środowisku, rodzinie, np. bohatera, dziecka niewidzialnego, kozła ofiarnego bądź maskotki).

W ramach finansowania realizacji zajęć sportowych możliwe są wydatki materiałowe, np. na zakup sprzętu sportowego, jednak powinny być one częścią programu. Należy zadbać o odpowiednie proporcje w nakładach finansowych. Zgodnie z zapisem ustawowym środki mają być przeznaczone na prowadzenie zajęć sportowych, a nie na finansowanie inwestycji (budowy boisk, remontów obiektów sportowych).

Należy pamiętać o tym, że ustawodawca przewidział znaczne środki na budowę infrastruktury sportowej w Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej utworzonym na mocy ustawy z dnia 29 lipca 1992 r. o grach i zakładach wzajemnych (Dz.U. z 2004 r. Nr 4 poz. 27 ze zm.).

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

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

Warto przypomnieć, że zgodnie z art. 13⁵ ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi minister właściwy do spraw kultury fizycznej i sportu jest dysponentem Funduszu Zajęć Sportowo-Rekreacyjnych dla uczniów, a dofinansowanie zajęć sportowych odbywa się zgodnie z rozporządzeniem Ministra Sportu z 31 października 2005 r. w sprawie dofinansowania zajęć ze środków ww. Funduszu (Dz.U. Nr 226, poz. 1942). Środki na ten fundusz są pozyskiwane z opłat za reklamę napojów alkoholowych. Zarówno gminy, jak i organizacje pozarządowe mogą ubiegać się o te środki z Ministerstwa Sportu.

Edukacja publiczna w zakresie problematyki alkoholowej

Ważnym elementem gminnych strategii profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych jest edukacja publiczna społeczności lokalnych, działalność informacyjna oraz współpraca z lokalnymi mediami.

Do narzędzi edukacji publicznej należą następujące działania:

1. Tworzenie sieci punktów informacyjnych z danymi o ofercie pomocy na terenie gminy w zakresie problemów alkoholowych: 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.

2. Prowadzenie stałego medialnego systemu informacji o działaniach podejmowanych na terenie gminy w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, np. wydawanie biuletynu, dodatku do gazety, stałej rubryki informacyjnej w lokalnej gazecie czy stałego bloku informacyjnego w lokalnym radiu/telewizji, redagowanie strony internetowej poświęconej w/w tematyce itp.

3. Prowadzenie lokalnych i regionalnych kampanii edukacyjnych związanych z profilaktyką problemów alkoholowych, organizowanie festynów, obchodów lokalnych dni np.: trzeźwości, światowego dnia FAS (Fetal Alcohol Syndrome, 9 września każdego roku), happeningów, pikników, konferencji prasowych, debat w lokalnych mediach.

4. Produkcja lub zakup i dystrybucja wśród różnych 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 przemocy, kierowców itp. – materiałów edukacyjnych: broszur, plakatów, ulotek z profilaktycznymi treściami edukacyjnymi dotyczącymi problematyki alkoholowej oraz gadżetów profilaktycznych (np. liczniki promili dla kierowców) z logo gminy/partnerów/sponsorów/patronów medialnych i honorowych.

5. Angażowanie w samorządowe działania edukacyjne i informacyjne lokalnych i regionalnych VIP-ów, osób znanych, sportowców, artystów i innych autorytetów społecznych w celu większej skuteczności oddziaływań.

6. Pozyskiwanie dla podejmowanych działań patronatów instytucji, organizacji i firm cieszących się uznaniem oraz patronatów medialnych lokalnych i regionalnych mediów, co nadaje wyższą rangę przekazywanym komunikatom i podnosi ich wiarygodność.

7. Aktywizacja i edukacja lokalnych decydentów i radnych co do wagi i skali problematyki alkoholowej poprzez zapraszanie ich do lokalnych debat, kampanii edukacyjnych, udziału w imprezach profilaktycznych; zapoznawanie z lokalną i ogólnopolską diagnozą problemów alkoholowych, także poprzez prenumeratę lub zakup specjalistycznych opracowań, czasopism, publikacji pogłębiających wiedzę na ten temat.

8. Budowanie lokalnych koalicji na rzecz profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, także w ramach porozumień z innymi samorządami lokalnymi czy współpracy z samorządem województwa.

9. Aktywny współdziałanie samorządów lokalnych w ogólnopolskich społecznych kampaniach edukacyjnych dotyczących profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych; wzmacnianie w ten sposób zewnętrznego wizerunku gminy jako aktywnej w tym obszarze.

10. Wspieranie edukacji osób pracujących zawodowo w systemie pomocy dzieciom, młodzieży, rodzinom i osobom z problemem alkoholowym oraz przemocy poprzez prenumeratę lub zakup specjalistycznych opracowań, czasopism, publikacji (np.: czasopism „Remedium”, „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”,

„Świat Problemów”, „Niebieska Linia”, „Trzeźwymi bądźcie”, „Alkoholizm i Narkomania” itp.), organizowanie lokalnych konferencji, seminariów i szkoleń dla tych osób.

11. Aktywna współpraca z lokalnymi i regionalnymi mediami, monitorowanie ich zawartości pod kątem problematyki alkoholowej, inicjowanie atrykułów na ten temat, w razie potrzeby polemiki z mediami, prezentowanie w zaprzyjaźnionych mediach gminnych działań profilaktycznych i ich skutków, prezentowanie wyników lokalnych badań, planów działań na przyszłość itp.

12. Monitorowanie skali problemów alkoholowych w środowisku lokalnym poprzez prowadzenie badań i sondaży, lokalnych diagnoz i ekspertyz (samodzielnie lub zlecając je profesjonalnym instytucjom) pozwalających ocenić aktualny stan problemów alkoholowych na różnych płaszczyznach (np.: picie młodzieży, 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.

Działalność na rzecz przeciwdziałania nietrzeźwości kierowców i bezpieczeństwa w miejscach publicznych

W 2007 r. policja zatrzymała w Polsce prawie 160 tys. nietrzeźwych kierowców. Pomimo tak dużej skali zjawiska na poziomie gmin rzadko istnieje system przeciwdziałania nietrzeźwości kierowców, który jest koordynowany przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych.

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

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

W ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych rekomenduje się podejmowanie następujących działań na rzecz przeciwdziałania nietrzeźwości kierowców oraz bezpieczeństwa w miejscach publicznych:

1. Prowadzenie lokalnych i regionalnych kampanii edukacyjnych związanych z zagrożeniem nietrzeźwości kierowców. Wskazane jest tworzenie lokalnych koalicji złożonych z przedstawicieli instytucji i organizacji działających na rzecz bezpieczeństwa na drogach. Prowadzenie kampanii społecznych powinno być równocześnie uzupełnione zwiększeniem kontroli trzeźwości kierowców na drogach.

2. Współpraca z ośrodkami szkolenia kierowców w zakresie włączenia do programów szkolenia kandydatów na kierowców problematyki alkoholowej. Zajęcia dla kandydatów na kierowców powinny mieć charakter profilaktyczno-edukacyjny

w zakresie problematyki nietrzeźwości na drogach oraz autodiagnostyczny w obszarze własnego stylu picia alkoholu. Cele:

- wyeliminowanie przypadków prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu przez uczestników kursu,
- dostarczenie wiedzy na temat wpływu alkoholu na organizm człowieka w kontekście prowadzenia pojazdu mechanicznego,
- dostarczenie wiedzy na temat przepisów prawnych z obszaru nietrzeźwości na drogach,
- dostarczenie wiedzy na temat danych statystycznych dotyczących wypadków spowodowanych nietrzeźwością uczestników ruchu drogowego,
- nabycie przez uczestników umiejętności przeliczania spożytego alkoholu na promile alkoholu we krwi,
- autodiagnoza w zakresie własnego stylu picia alkoholu.

3. Prowadzenie edukacji z wykorzystaniem materiałów edukacyjnych w tym np. licznika trzeźwości czy broszury „Alkohol i kierowca” (do nabycia w Wydawnictwie Edukacyjnym PAMPAMEDIA www.wydawnictwo.parpamedia.pl).

4. Nawiązanie współpracy z policją w celu zwiększenia liczby kontroli kierowców pod względem trzeźwości. Istnieje możliwość w ramach współpracy z policją zakupu alkomatu, jeśli będzie to element działań związanych z przeciwdziałaniem nietrzeźwości kierowców.

5. Wprowadzenie (organizacja i finansowanie) programów korekcyjnych dla kierowców zatrzymanych za jazdę w stanie nietrzeźwości. Nawiązanie w tym celu współpracy z sądami rejonowymi, wydziałami karnymi i zaproponowanie, jako środka oddziaływań na skazanych kierowców, udziału w programie korekcyjno-edukacyjnym, mającym na celu powstrzymanie kierowcy przed ponownym prowadzeniem pojazdów pod wpływem alkoholu.

6. Organizacja specjalistycznych szkoleń z zakresu problematyki alkoholowej dla kierowców zawodowych (np. autobusowe zakłady miejskie) oraz wprowadzenia profilaktycznych programów pracowniczych w zakładach komunikacji publicznej. Zakłady pracy, w których pracują kierowcy, mogą stać się miejscem prowadzenia działań profilaktycznych.

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

8. Inicjowanie działań na rzecz systematycznego podejmowania interwencji przez funkcjonariuszy policji oraz straży miejskiej w sytuacjach spożywania alkoholu w miejscach publicznych. W tym celu rekomenduje się nawiązanie bliskiej współpracy z policją i/lub strażą miejską w celu wspólnego ustalenia strategii zwiększającej skuteczność egzekucji prawa w zakresie zakazu spożywania napojów alkoholowych w miejscach publicznych. Istnieje możliwość w ramach realizacji tego zadania, organizacji szkoleń dla funkcjonariuszy na temat prawnych aspektów spożywania napojów alkoholowych w miejscach publicznych, ale także podniesienia motywacji u funkcjonariuszy do podejmowania interwencji w tym zakresie.

9. Wdrożenie wspólnie z policją, strażą miejską oraz ratownikami WOPR na terenie kąpielisk działań, które zmniejszą zjawisko spożywania napojów alkoholowych na terenie kąpielisk. Istnieje możliwość zainicjowania wprowadzenia do regulaminu kąpielisk zakazu nie tylko wnoszenia napojów alkoholowych i zakazu ich spożywania, ale także zakazu przebywania osób nietrzeźwych na terenie kąpielisk

10. Działania na rzecz zwiększenia bezpieczeństwa na stadionach piłkarskich. Rekomenduje się, aby w gminach, na terenie których znajdują się stadiony piłkarskie, gminna komisja nawiązała bliską współpracę zarówno z policją, jak i z przedstawicielami klubu sportowego. Działania powinny być ukierunkowane na niewpuszczanie na teren stadionów nietrzeźwych kibiców oraz osób wnoszących napoje alkoholowe, a także rozważanie wprowadzenie czasowego (w pobliżu stadionu na czas trwania/zakończenia meczu) zakazu sprzedaży napojów alkoholowych.

11. Informowanie o zakazie sprzedawania napojów alkoholowych w środkach i obiektach komunikacji publicznej wynikającym z art. 14 ust. 1 pkt. 4 ustawy, np. w formie naklejek umieszczonych w autobusach, pociągach czy na dworcach kolejowych.

Zapobieganie problemom zdrowotnym i psychospołecznym wynikającym z nadużywania alkoholu

Negatywne konsekwencje spożywania alkoholu dotyczą nie tylko osób uzależnionych, ale również osób spożywających alkohol szkodliwie.

Osoby pijące szkodliwie nie mają objawów pozwalających zdiagnozować uzależnienie. Piją za dużo, za często, w nieodpowiednich okolicznościach. Ich styl picia powoduje szkody zdrowotne, psychologiczne i społeczne.

Badania wskazują, że około 20%⁸ wszystkich zgłoszeń pacjentów do podstawowej opieki zdrowotnej ma swoje źródło w problemach spowodowanych nadużywaniem alkoholu. Oznacza to, że osoby te nie potrzebowałyby porad lekarskich, gdyby w zalecany sposób ograniczyły spożywanie alkoholu. W związku z tym Światowa Organizacja Zdrowia opracowała dla lekarzy pierwszego kontaktu metodę szybkiego i prostego dokonywania testów przesiewowych oraz przeprowadzania interwencji w przypadku rozpoznania nadużywania przez pacjenta alkoholu (zarówno w sytuacji pojawienia się szkód zdrowotnych, jak i ryzyka ich wystąpienia) bądź podejrzenia

⁸ Pacjenci z problemami alkoholowymi w podstawowej opiece zdrowotnej. PARPA, Warszawa 1997.

uzależnienia. Wspieranie lekarzy pierwszego kontaktu w stosowaniu **metod wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji** powinno być jednym z priorytetowych zadań zapisanych w programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

W ramach tego zadania powinno się zapewnić przeszkolenia dla lekarzy i pielęgniarek, stworzenie podręcznej biblioteczki dotyczącej wiedzy o problemach alkoholowych, dostarczenie listy teleadresowej placówek leczenia odwykowego z danego terenu oraz zaopatrzenie personelu POZ w materiały do wykonywania badań przesiewowych i w materiały dla pacjentów. Ważne jest zapewnienie pracownikom podstawowej opieki zdrowotnej, którzy zdecydują się realizować badania przesiewowe i interweniować w sprawie ograniczenia picia swoich pacjentów, specjalistycznego wsparcia konsultanta – specjalisty psychoterapii uzależnień.

Badania przesiewowe dotyczące problemów alkoholowych nie wchodzi w zakres świadczeń zdrowotnych refundowanych przez NFZ. Należy rozważyć stworzenie takiego mechanizmu finansowego, który motywowałby lekarzy do prowadzenia tego typu działań. Najczęściej stosowanym rozwiązaniem jest tu zawieranie porozumienia finansowego z zakładem opieki zdrowotnej, zgodnie z którym wypłacano by określoną kwotę za każdego pacjenta wobec którego przeprowadzono procedurę wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji.

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

W przypadku pacjenta pijącego szkodliwie powinny się odbyć trzy – cztery spotkania z lekarzem. Natomiast jeśli chodzi o pacjenta skierowanego do placówki odwykowej, lekarz po odpowiednim przeszkoleniu powinien umieć podtrzymywać motywację pacjenta do leczenia odwykowego przy kolejnych wizytach, okazując zainteresowanie jego postępami w terapii i podkreślając jej wpływ na stan zdrowia somatycznego.

Odrębnym zagadnieniem jest możliwość wykorzystania odpowiednio zebranych wyników testu AUDIT (najczęściej stosowanego testu przesiewowego) do dokonania diagnozy problemów alkoholowych w skali miasta czy gminy. Wymaga to zaplanowania warunków zebrania, gromadzenia i opracowywania pozyskanych danych.

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

Realizując poszczególne zadania gminnego programu gmina może powierzyć ich wykonanie organizacjom pozarządowym pod warunkiem, że w statucie tej organizacji znajdują się zapisy określające jej zaangażowanie w sprawy związane z rozwiązywaniem problemów alkoholowych. Przy procedurze zlecenia zadań organizacjom pozarządowym zastosowanie ma ustawa o pożytku publicznym i wolontariacie.

Wśród wielu organizacji pozarządowych ważnym, a niestety nadal bardzo często niedocenianym partnerem, są dla gminy stowarzyszenia i kluby abstynenckie.

Stowarzyszenia abstynenckie stanowią miejsce zdrowego i trzeźwego stylu życia dla uzależnionego i jego rodziny i podejmują działania na rzecz rozwiązywania problemów alkoholowych na poziomie lokalnym. Zakres współpracy ze stowarzyszeniami abstynenckimi będzie zależał od lokalnych potrzeb i uwarunkowań jednak podkreślić należy potrzebę, celowość i zasadność znaczącego udziału środowiska stowarzyszeń i klubów abstynenckich w działaniach w obszarze profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych realizowanych przez samorządy.

Stowarzyszenia abstynenckie podejmują działania nakierowane na motywowanie do leczenia odwykowego, np. w postaci prowadzenia punktu konsultacyjnego, a także nawiązywanie kontaktu z osobami uzależnionymi. Możliwe jest dofinansowanie kosztów rzeczowych i osobowych takich działań. Członkowie stowarzyszeń abstynenckich mogą osiągać w tym zakresie znaczącą efektywność.

Gmina może również dofinansować koszty lokalowe czy personalne w sytuacji, kiedy jest to uzasadnione ilością zadań realizowanych przez to stowarzyszenie, a składki członkowskie nie wystarczają na ich pokrycie. Praca kierownika czy gospodarza klubu oznacza przede wszystkim koordynowanie bieżącej działalności klubu oraz nadzór nad prawidłową realizacją wewnętrznego harmonogramu i jest związana z materialną odpowiedzialnością za lokal i korzystanie z niego. W tym kontekście gmina może w ramach gminnego programu sfinansować wynagrodzenie kierownika/gospodarza klubu. Warto podkreślić, że kierownik klubu, występujący często jako osoba pierwszego kontaktu, powinien posiadać wiedzę nie tylko na temat uzależnienia, ale również zjawisk towarzyszących, jak: przemoc w rodzinie, współuzależnienie, sytuacja dzieci w rodzinie alkoholowej itp. W ramach gminnego programu możliwe jest dofinansowanie szkoleń dla liderów klubu oraz innych osób działających w klubie pod warunkiem, że jest to uzasadnione merytorycznie i ma związek z wykonywaniem konkretnych zadań na rzecz jego członków albo społeczności lokalnej.

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

py wsparcia dla ofiar przemocy (z zastrzeżeniem, że osoby prowadzące zajęcia mają mieć odpowiednie do tego przygotowanie) czy oddziałując na organa policji i pomoc społeczną w zakresie efektywnej realizacji procedury „Niebieskich Kart”. Wskazane jest również tworzenie oferty dla dzieci (młodzieży) członków klubu z uwzględnieniem specyfiki ich doświadczeń wynikających z wychowywania się w rodzinie alkoholowej. Warunkiem uruchomienia programów pomocy psychologicznej jest współpraca z osobami odpowiednio do tego przygotowanymi, a gmina rozważając zasadność i możliwość sfinansowania danego programu, ocenia kwalifikacje osób prowadzących. Warto podkreślić, że oddziaływania psychologiczne realizowane w klubach, nie są terapią. Termin ten określa profesjonalne oddziaływania terapeutyczne związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w specjalistycznych placówkach.

Stowarzyszenia powinny odgrywać znaczącą rolę w lokalnym systemie rozwiązywania problemów alkoholowych, współpracując m.in. z lecznictwem odwykowym, pomocą społeczną, gminną komisją rozwiązywania problemów alkoholowych, przedstawicielami wymiaru sprawiedliwości oraz innymi organizacjami pozarządowymi zaangażowanymi w realizację gminnego programu. Warto podkreślić, że kluby i stowarzyszenia abstynenckie realizując szeroko rozumianą pracę socjoterapeutyczną wśród osób uzależnionych i ich rodzin, przeciwdziałają tym samym ich wykluczeniu społecznemu i zapewniają integrację społeczną.

Celowe wydaje się włączenie klubów i stowarzyszeń abstynenckich do prac związanych z tworzeniem gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Konsultacja programu ze środowiskiem abstynenckim może wiele wnieść w zakresie jego dostosowania do lokalnych potrzeb i właściwego zdefiniowania priorytetów planowanych działań. Warto również wspierać działania podejmowane przez stowarzyszenia na rzecz promowania abstynencji i trzeźwego stylu życia.

Zgodnie z ideami funkcjonowania wspólnot AA, Al-Anon i Alateen udzielanie jakichkolwiek dotacji z zewnątrz na rzecz działań lub programów każdego z tych ruchów nie jest wskazane, ponieważ narusza ich zasady ideowe. Możliwe jest natomiast nieodpłatne udostępnianie lokalu należącego do gminy na mitingi grup.

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

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

powiatowe centra pomocy rodzinie, przychodnie, szpitale. Warto podkreślić, że „wspomaganie działalności służb i instytucji” nie jest tożsame tylko i wyłącznie z udzielaniem wsparcia finansowego i oznacza nawiązanie współpracy służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych bez przekazywania środków finansowych. Do takich zadań należy, np. przekazanie materiałów edukacyjnych, zorganizowanie szkolenia czy udostępnienie na szczególnych warunkach nieruchomości będącej własnością jednostki samorządu terytorialnego organizacji realizującej zadania z zakresu rozwiązywania problemów alkoholowych, promowanie i popieranie działań prowadzonych przez takie instytucje (np. poprzez informowanie o nich w lokalnych mediach czy na stronach internetowych gminy). Wspieranie może się wiązać z wymianą informacji, zapraszaniem członków stowarzyszeń do wspólnego opracowywania projektów i opiniowania podejmowanych działań.

Rekomendowane jest udzielanie organizacjom pozarządowym wsparcia m.in. w zakresie merytorycznej pomocy przy wypełnianiu wniosków dotacyjnych, rozliczeń księgowych, porad prawnych itp.

Współpraca ze środowiskami kościelnymi

Jednym z niewątpliwie istotnych partnerów dla gminy są środowiska kościelne. Mimo że w Polsce to Kościół katolicki zrzesza największą ilość wyznawców, to należy podkreślić, że również inne kościoły i związki wyznaniowe czy wspólnoty i ruchy religijne powinny być dla samorządu równorzędnym partnerem. Używane tu wyrażenie „środowiska kościelne” oznacza zatem wszystkie wymienione powyżej podmioty.

Nie ulega wątpliwości fakt, że środowiska kościelne i jego liderzy (księża, pastory, przywódcy wspólnot i ruchów religijnych) cieszą się dużym autorytetem wśród swoich wyznawców i dlatego zaangażowanie ich w działalność profilaktyczno-edukacyjną i w promowanie postaw trzeźwościowych jest niezwykle istotne.

Współpraca ta może przybierać różne formy i dotyczyć różnych aspektów problematyki alkoholowej np.: wspólne organizowanie pikników i festynów promujących zdrowy i trzeźwy styl życia, włączanie do ogłoszeń parafialnych informacji o prowadzonych kampaniach edukacyjnych (i rozdawanie ulotek, broszur) oraz o możliwości uzyskania w gminie pomocy w przypadku uzależnienia, przemocy domowej czy problemie z pijącym nastolatkiem; promowanie treści profilaktycznych; wspieranie przyparafialnych grup wsparcia; włączanie do kursów przedmażeńskich tematyki dotyczącej szkodliwości spożywania alkoholu w czasie ciąży; udzielanie dotacji na prowadzenie szkoleń dla liderów wspólnot religijnych, wspieranie działalności świetlic przyparafialnych w zakresie pracy socjoterapeutycznej z dziećmi z rodzin alkoholowych.

XI. Podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów określonych w art. 13¹ i 15 ustawy oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego

W przypadku złamania zakazu sprzedaży alkoholu nieletnim lub nietrzeźwym oraz w przypadku 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, które należy do kompetencji policji.

Nie wymieniono w nim organu samorządu terytorialnego, a zatem gmina nie jest upoważniona do prowadzenia takiego postępowania. Art. 4¹ ust. 2 pkt 6 ustawy, który daje gminom prawo do występowania w charakterze oskarżyciela publicznego, stanowi również podstawę prawną do składania do organów policji wniosku o wszczęcie postępowania dowodowego. Policja powinna powiadomić o wszczęciu takiego postępowania gminę i prokuratora. Formalne wymogi, jakie musi spełniać akt oskarżenia, określają artykuły 332–334 kpk. Projekt aktu oskarżenia może przygotować policja, ale sam akt oskarżenia sporządza i kieruje do sądu gmina. Sąd może oddalić akt oskarżenia ze względu na braki formalne, stąd potrzeba dużej staranności przy sporządzaniu aktu oskarżenia i zbieraniu dowodów w sprawie. Gmina może wskazać policji na etapie postępowania dowodowego konkretne osoby jako świadków, przekazać zdjęcia, którymi dysponuje i inne dokumenty, np. protokoły, ponieważ mogą one być wykorzystane jako dowody w sprawie. Świadkiem oskarżenia może być np. członek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Należy jednak podkreślić, iż świadkiem oskarżenia nie może być ta sama osoba, która występuje jako oskarżyciel publiczny. Gmina może wnieść oskarżenie do sądów I instancji, nie przysługuje jej natomiast prawo do wnoszenia środków odwoławczych. Prawo wniesienia apelacji przysługuje wyłącznie prokuratorowi. Gmina może złożyć zapowiedź apelacji – skierować wniosek do sądu rejonowego w ciągu 7 dni (termin nieprzekraczalny) z żądaniem sporządzenia odpisu wyroku wraz z uzasadnieniem i przekazać sprawę do prokuratora z wnioskiem o złożenie apelacji. Prokurator ma 14 dni na sporządzenie apelacji od momentu pokwitowania przez gminę otrzymania odpisu wyroku wraz z uzasadnieniem. Prokurator natomiast ma prawo odmówić podjęcia środków odwoławczych. Wójt, burmistrz lub prezydent miasta może w drodze upoważnienia wskazać osobę do reprezentowania gminy przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego. W tej roli może wystąpić radca prawny lub adwokat. Realizacja tego zadania przez gminy może oznaczać przyjęcie do współpracy prawnika, który będzie merytorycznie koordynował postępowanie, nadzorował sporządzenie aktu oskarżenia, również mo-

WNIOSEK DO POLICJI O WSZCZĘCIE DOCHODZENIA

(wzór pisma)

.....
(miejsowość, data, rok)

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

Komisariat Policji

W

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

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

że być upoważniony do reprezentowania gminy przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego.

XII. Wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie Centrów Integracji Społecznej

Jednym z zadań własnych samorządów gminnych realizowanych w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów (określonych w art. 4¹ ust. 1 ustawy 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 dnia Nr 122, poz. 1142) Centrum Integracji Społecznej (CIS) może być tworzone m.in. przez wójta, burmistrza lub prezydenta miasta. Działa wówczas w formie gospodarstwa pomocniczego, zgodnie z przepisami o finansach publicznych. Zgodnie z art. 10 ust. 1 ww. ustawy działalność CIS finansowana jest m.in. z dotacji pochodzącej z dochodów własnych gminy, przeznaczonych na realizację gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Należy jednak zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 1 ust. 2 ww. ustawy przepisy niniejszej ustawy stosują się do CIS, a co za tym idzie w zajęciach reintegracyjnych oferowanych przez CIS mogą uczestniczyć:

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

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

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

XIII. Instytucja zobowiązania do leczenia odwykowego

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

Do zadań własnych gminy, na mocy art. 4¹ ust. 3 oraz art. 25 i art. 26 ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości, należy powołanie gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, na której spoczywa obowiązek podejmowania czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu. Zgodnie z art. 24 ustawy postępowanie zobowiązujące do podjęcia leczenia odwykowego dotyczy osób, które w związku z nadużywaniem alkoholu powodują rozpad życia rodzinnego, demoralizację małoletnich, uchylają się od pracy oraz systematycznie zakłócają spokój lub porządek publiczny. Oznacza to, że sam fakt uzależnienia od alkoholu nie może stanowić samoistnej podstawy do zobowiązania danej osoby do podjęcia leczenia odwykowego, lecz towarzyszyć muszą temu także określone negatywne zachowania w sferze społecznej.

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

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

- przyjęcie zgłoszenia o przypadku wystąpienia nadużywania alkoholu z jednoczesnym wystąpieniem przesłanek z art. 24 ustawy,
- wezwanie na rozmowę osoby, co do której wpłynęło zgłoszenie i pouczenie jej o konieczności zaprzestania działań wymienionych w art. 24 ustawy i/lub poddania się leczeniu odwykowemu. Należy podkreślić, że jakkolwiek postępowanie przed gminną komisją nie jest postępowaniem administracyjnym w rozumieniu art. 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, to zarówno wezwania, jak i wszelkie inne pisma urzędowe kierowane do strony w toku tego postępowania powinny spełniać wymogi formalne wskazane w tym akcie,
- jeżeli osoba wezwana nie zgodzi się dobrowolnie poddać leczeniu, a wstępne czynności przeprowadzone w sprawie uzasadniają kontynuowanie postępowania, uzasadnione jest skierowanie takiej osoby na badanie przez biegłych (psycholog i psychiatra), w celu wydania opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu i wskazania rodzaju zakładu leczniczego (art. 25 ustawy),
- przygotowanie dokumentacji związanej z postępowaniem sądowym wraz z opinią wydaną przez biegłego (art. 26 ust. 3 ustawy), do której należą: opinia wydana przez biegłych, protokół z rozmowy z osobą zgłaszającą do komisji przypadek nadużywania alkoholu, protokół z rozmowy z osobą uzależnioną od alkoholu, o ile do takiej rozmowy doszło, dokumenty pochodzące z wywiadu

środowiskowego, inne informacje w sprawie, takie jak: informacje od policji, pedagoga szkolnego i inne. Jeśli osoba uzależniona nie stawiała się na rozmowę w terminie wskazanym przez komisję ani też na badanie przez biegłych, do wniosku należy dołączyć informację o podjętych w tej sprawie czynnościach (ilość i terminy wezwań wraz z informacją o niestawieniu się osoby wzywanej). Wywiad środowiskowy ma prawo przeprowadzić jedynie osoba do tego uprawniona, tj. pracownik socjalny,

- złożenie wniosku o wszczęciu postępowania do sądu rejonowego właściwego miejscu zamieszkania lub pobytu osoby, której postępowanie dotyczy (art. 26 ust. 3 ustawy). Zgodnie z art. 511 w zw. z art. 187 Kodeksu postępowania cywilnego wniosek powinien zawierać oznaczenie sądu, do którego jest kierowany oraz imiona i nazwiska uczestników postępowania; oznaczenie rodzaju pisma; dokładne określenie żądania oraz przytoczenie okoliczności faktycznych uzasadniających. Pismo to może również zawierać wnioski o wezwanie na rozprawę określonych świadków lub biegłych, żądania dowodów znajdujących się w sądach, urzędach lub u osób trzecich.

Zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. Nr 167, poz. 1398 z późn. zm.) od wniosku o wszczęcie postępowania nieprocesowego pobiera się opłatę stałą w wysokości 40 zł. Zgodnie z art. 96 ust. 1 w/w ustawy wymóg ten nie dotyczy sytuacji, gdy stroną składającą wniosek jest prokurator. Podobnie sytuacja ma się z innymi kosztami postępowania, w tym przede wszystkim z kosztami sporządzenia opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu.

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

Uwagi dotyczące instytucji zobowiązania do leczenia odwykowego

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

lecniczego na podjęcie kuracji za każdym razem, gdy oddali się ona samowolnie z zakładu. Nie ma jednak możliwości prawnych ani organizacyjnych zatrzymania pacjenta w takim zakładzie wbrew jego woli. Zarazem jednak należy podkreślić, że z brzmienia ust. 1 art. 32 ustawy wynika w sposób nie budzący wątpliwości, że osoba, wobec której wydano postanowienie, jest obowiązana stawić się w zakładzie lecznictwa odwykowego „w celu poddania się leczeniu”. Oznacza to, że wydanie postanowienia o obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu zastępuje obowiązek uzyskania zgody pacjenta.

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

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

- Zakłady leczenia odwykowego nie pełnią roli aresztów. Ochronę rodziny osoby uzależnionej przed przemocą powinien zapewnić system lokalny rozwiązywania problemów alkoholowych, koordynowany przez gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych i wspierany przez wymiar sprawiedliwości. Leczenie odwykowe sprawcy przemocy czy osoby zakłócającej porządek publiczny w związku z nadużywaniem alkoholu nie może być proponowane jako jedyny rodzaj oddziaływań w sytuacji wystąpienia przemocy w rodzinie.
- Przy aktualnej dynamice wzrostu liczby orzeczeń i jednocześnie przy bardzo niewielkim wzroście nakładów na leczenie odwykowe – wykonalność zobowiązań (i tak niska) będzie malała.

Biegli sądowi

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

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

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

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

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

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

XIV. Kompetencje członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych

Gminna komisja jest powoływana na podstawie art. 4¹ ust. 3 ustawy przez wójta/burmistrza/prezydenta miasta. W skład gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych wchodzi osoby przeszkolone w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (art. 4¹ ust. 4 ustawy), a zasady wynagradzania członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych określa rada gminy w gminnych programach rozwiązywania problemów alkoholowych (art. 4¹ ust. 5 ustawy). Do ustawowych zadań gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych należy:

- inicjowanie działań w zakresie realizacji zadań własnych gminy związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych;
- podejmowanie czynności zmierzających do orzeczenia o zastosowaniu wobec osoby uzależnionej od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu w zakładzie leczenia odwykowego;
- opiniowanie wydawania zezwoleń na sprzedaż lub podawanie napojów alkoholowych pod względem zgodności lokalizacji punktu sprzedaży z uchwałami rady gminy, o których mowa w art. 12 ust. 1 i 2 ustawy (limit i lokalizacja punktów, w których sprzedawane i podawane są napoje alkoholowe);
- kontrola przestrzegania zasad i warunków korzystania z zezwoleń na sprzedaż lub podawanie napojów alkoholowych (na podstawie upoważnienia wystawionego przez wójta, burmistrza lub prezydenta miasta, art. 18 ust. 8 ustawy).

Ustawodawca nie definiuje precyzyjnie zakresu szkoleń dotyczących profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, jakich ukończeniem winien legitymować się członek gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Niemniej jednak wydaje się zasadnym, aby ich podstawowy zakres pokrywał się z zadaniami wyznaczonymi przez ustawę do realizacji przez gminną komisję.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych we współpracy z gronem ekspertów opracowała ramowy, 44-godzinny, program szkolenia dla członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych dostępny w całości na stronie www.parpa.pl oraz w Wydawnictwie Edukacyjnym PARPAMEDIA.

Program jest podzielony na poszczególne moduły tematyczne tak, aby jego realizacja była możliwa w poszczególnych blokach, zaś do każdego wykładu i warsztatu opracowane zostały wskazówki merytoryczne spójne z Rekomendacjami PARPA i dotychczasowymi programami szkoleniowymi realizowanymi przez Agencję.

PARPA nie rekomenduje żadnych podmiotów realizujących szkolenia dla członków gminnych komisji, a program ten stanowi wskazówkę, którą gminy mogą się kierować przy wyborze realizatorów szkoleń.

Pożądane jest, aby w skład komisji wchodziły osoby o różnych uzupełniających się kompetencjach oraz przedstawiciele służb z terenu gminy, którzy mogą bezpośrednio włączyć się w realizację gminnego programu (m.in. policjanci, pracownicy

socjalni, przedstawiciele stowarzyszeń abstynenckich, szkół, służby zdrowia, także personel poradni odwykowych). Dobrym rozwiązaniem jest podział komisji na zespoły problemowe, np. zespół ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie czy zespół ds. motywowania do leczenia. Pozwoli to na uczestnictwo poszczególnych członków komisji w działaniach zgodnych z ich kompetencjami w danej dziedzinie.

Gminna komisja przeprowadzając rozmowę motywującą do podjęcia leczenia odwykowego może zaprosić osoby z zewnątrz – profesjonalistów przygotowanych do motywowania i nawiązywania kontaktu psychologicznego. Mogą to być terapeuci, psychologowie, certyfikowani specjaliści psychoterapii uzależnień czy instruktorzy terapii uzależnień. Ważne, aby były to osoby zajmujące się na co dzień pracą z uzależnionymi.

Gminna komisja powinna ściśle współpracować z gronem ekspertów, którzy mogą pomóc w doskonaleniu metod rozwiązywania problemów związanych z alkoholem. Grupa ta będzie pełnić funkcje doradczo-konsultacyjne, a tym samym zapewni wsparcie dla gminnego programu.

Gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych nie jest komisją rady gminy w rozumieniu art. 21 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591 z późn. zm.)

XV. Porozumienia gminne

W przypadku, gdy gmina realizując gminny program rozwiązywania problemów alkoholowych uzna, iż dla prawidłowego wykonania programu potrzebne jest zawarcie porozumienia z innymi gminami (inną gminą), zawiera opierając się na art. 74 ustawy o samorządzie gminnym porozumienie międzygminne. Zadania powierzone do realizacji na podstawie zawartego porozumienia charakteryzują się udziałem innych gmin w kosztach realizacji powierzonych zadań. Dodatkowo gmina wykonująca zadania publiczne, objęte porozumieniem, przyjmuje prawa i obowiązki innych gmin.

Do zawarcia porozumienia międzygminnego niezbędne jest wyrażenie woli zawarcia tego porozumienia przez radę gminy w drodze uchwały, opierając się na przepisie zawartym w art. 18 ust. 2 pkt 12 ustawy o samorządzie gminnym. Wykonanie uchwały rady gminy odbywa się w trybie art. 46 wspomnianej wyżej ustawy, poprzez złożenie przez wójta lub burmistrza (prezydenta miasta) lub ich zastępców (działających samodzielnie albo z innymi osobami) stosownych oświadczeń woli, których skuteczność warunkuje kontrasygnata skarbnika gminy lub osoby przez niego upoważnionej.

Sposób finansowania zadania określonego w porozumieniu międzygminnym określa w sposób ogólny przepis art. 46 ustawy z dnia 13 listopada 2003 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego (Dz.U. Nr 203, poz. 1966 z późn. zm.), zgodnie z którym jednostka samorządu terytorialnego realizująca zadania z zakresu działania innych jednostek samorządu terytorialnego, na mocy porozumień zawartych z tymi jednostkami, otrzymuje od tych jednostek dotacje celowe w kwocie wynikającej z zawartego porozumienia, o ile odrębne przepisy nie stanowią inaczej.

POROZUMIENIE

zawarte w dniu r. w.....

pomiędzy: Gminą „A” –

z siedzibą, reprezentowaną przez,

zwaną dalej

a Gminą „B” –

z siedzibą....., reprezentowaną przez,

zwaną dalej

Na podstawie:

1. art. 74 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591 z późn. zm.)

2. art. 46-48 ustawy z dnia 13 listopada 2003 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego (Dz.U. z 2008 r. Nr 88, poz. 539 z późn. zm.),

3. art. 41 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473 z późn. zm.),

4. uchwały Nr.....,

5. uchwały Nr.....

§ 1

Gmina „A” powierza, a Gmina „B” przyjmuje do wykonywania zadania w zakresie prowadzenia Punktu Konsultacyjnego dla rodzin z problemem alkoholowym zwanym dalej „Punktem Konsultacyjnym”, do zadań którego należało będzie w szczególności:

1.....,

2.....,

3.....,

4.....,

5.....

§ 2

1. W ramach wykonywania zadań objętych Porozumieniem Gmina „B” odpowiada za organizację i funkcjonowanie, a w szczególności zapewni możliwość korzystania ze wszystkich usług Punktu Konsultacyjnego wszystkim mieszkańcom Gminy „A” na jednakowych zasadach.

2. Gmina „B” zobowiązuje się wykonywać wszystkie zadania objęte Porozumieniem z zachowaniem zasad określonych właściwymi przepisami i w sposób zapewniający mieszkańcom Gminy „A” dogodny dostęp do usług Punktu Konsultacyjnego, w szczególności przez ustalenie dogodnych dni i godzin pracy Punktu Konsultacyjnego również w godzinach popołudniowych oraz zatrudnienie odpowiedniej liczby specjalistów.

§ 3

1. Gmina „B” zobowiązuje się do wyłaniania kierownika Punktu Konsultacyjnego w drodze konkursu i do zapewnienia udziału w komisji konkursowej przedstawicieli wyznaczonych przez Gminę „A” w liczbie co najmniej 1/3 składu komisji konkursowej.

2. Gmina „B” zobowiązuje się do zasięgania opinii Gminy „A” przed powołaniem i odwołaniem kierownika Punktu Konsultacyjnego.

3. Wójt/Burmistrz Gminy „B” zwraca się pisemnie do Gminy „A” o wyznaczenie przedstawicieli do komisji konkursowej i o wydanie opinii w sprawach, o których mowa w ust. 2, wyznaczając termin nie krótszy niż 14 dni. Niewskazanie przedstawicieli lub niewyrażenie opinii w wyznaczonym terminie oznacza rezygnację z tego prawa.

§ 4

1. Na realizację zadań objętych Porozumieniem Gmina „A” przekazuje Gminie „B” dotację. Dotacja w pierwszym roku kalendarzowym obowiązywania Porozumienia wynosi zł (słownie) i może podlegać corocznie podwyższeniu o

2. Dotacja będzie przekazywana w 12 równych ratach miesięcznych, przelewem na rachunek bankowy Gminy „B”, w terminie do 15 dnia każdego miesiąca.

3. Środki wykorzystane niezgodnie z przeznaczeniem podlegają zwrotowi na rachunek bankowy Gminy „A” najpóźniej do

4. Dotacja za niepełny rok ulega proporcjonalnemu zmniejszeniu w stosunku do liczby dni obowiązywania Porozumienia.

§ 5

1. Gmina „A” ma prawo kontroli prawidłowości wykonywania zadań objętych Porozumieniem.

2. W ramach prawa do kontroli Gmina „B” jest zobowiązane udzielić Gminie „A” wszystkich informacji dotyczących działalności Punktu Konsultacyjnego oraz zapewnić przedstawicielowi Gminy „A” przeprowadzenie kontroli budynków i dokumentów Punktu Konsultacyjnego, w tym wstępu do pomieszczeń, wglądu do dokumentacji z prawem żądania kopii dokumentów.

3. O zamierzonej kontroli Gmina „A” zobowiązana jest powiadomić Gminę „B” na co najmniej..... dni robocze wcześniej.

§ 6

1. Porozumienie zawarte zostaje na.....

2. Każda ze stron może rozwiązać Porozumienie za trzymiesięcznym pisemnym wypowiedzeniem na koniec miesiąca kalendarzowego.

3. W razie rażącego naruszenia przez jedną ze stron postanowień Porozumienia lub nienależytego wykonywania obowiązków, druga strona ma prawo rozwiązać Porozumienie bez zachowania terminu wypowiedzenia przez oświadczenie złożone na piśmie.

§ 7

1. Ze strony Gminy „A” osobą bezpośrednio odpowiedzialną za realizację umowy jest

2. Ze strony Gminy „B” osobą bezpośrednio odpowiedzialną za realizację umowy jest

§ 8

Porozumienie wchodzi w życie od dnia i podlega ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Województwa

§ 9

Porozumienie sporządzono w czterech jednobrzmiących egzemplarzach, po dwa dla każdej Strony.

§ 10

Zmiany niniejszego Porozumienia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

Gmina „A”

Gmina „B”

XVI. Dodatkowe informacje

1. Merytoryczną podstawą do finansowania zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w ramach gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych są zadania określone w ustawie z dnia 26 października o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 2007 r. Nr 70, poz. 473 z późn. zm.) oraz założenia i priorytety przyjęte i zaakceptowane przez Radę Ministrów w Narodowym Programie Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2006–2010.

2. Realizacja zadań, o których mowa w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, może odbywać się na kilka sposobów. Gmina może udzielać dotacji celowej organizacjom pozarządowym lub też zawierać umowy mające charakter zakupu usług od podmiotów prawnych lub osób fizycznych. Udzielanie dotacji celowej jednostkom spoza sektora finansów publicznych nie działających w celu osiągnięcia zysku, a więc również wspomnianym wyżej organizacjom pozarządowym, reguluje art. 176 ust. 2 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz.U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.) odsyłając w tym zakresie do przepisów ustawy z dnia 23 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz.U. Nr 96, poz. 873 ze zm.). Należy zauważyć, że zgodnie zaś z art. 4 pkt 7 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2007 r. Nr 202, poz. 1655) dotacje udzielane na podstawie innych ustaw nie podlegają przepisom tej ustawy.

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

Jednocześnie warto zauważyć, iż prawie wszystkie zadania realizowane w ramach ww. programu, w tym także zadania o charakterze profilaktycznym, adresowane przede wszystkim do dzieci i młodzieży (edukacja publiczna) oraz z zakresu socjo- i psychoterapii, mające na celu pomoc osobom uzależnionym od alkoholu lub członkom ich rodzin, a także pomoc ofiarom lub sprawcom przemocy w rodzinie, można traktować jako usługi zdrowotne, socjalne lub szkoleniowe, a więc podlegające na mocy art. 5 ust. 1 ustawy prawo zamówień publicznych znacznie złagodzonego rygorom postępowania. Ustawa zwalnia w tym zakresie od obowiązku stosowania terminów składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu lub terminów składania ofert, wadium, zakazu ustalania kryteriów oceny ofert na podstawie właściwości wykonawcy oraz innych niż dotyczące wartości zamówienia przesłanek wyboru trybu negocjacji z ogłoszeniem, negocjacji bez ogłoszenia, zapytania o cenę, licytacji elektronicznej, również (w odniesieniu do usług zdrowotnych) przesłanek wyboru trybu zamówienia z wolnej ręki oraz obowiązku informowania w tych przypadkach Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych, zwanego dalej „Prezesem Urzędu”. 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 – nie wymaga stosowania procedur postępowania przetargowego. Zamawiający (w tym przypadku gmina) ma możliwość ustalenia kryteriów oceny ofert dotyczących właściwości dostawcy lub wykonawcy (kryteria podmiotowe). Kryteria te powinny określać najważniejsze cechy i właściwości, jakie powinien spełniać podmiot (osoba, firma itp.), któremu gmina zamierza zlecić realizację określonego zadania z zakresu ochrony zdrowia. W przypadku osób wspomniane kryteria mogą dotyczyć: wykształcenia, ukończonych szkoleń lub kursów specjalistycznych, posiadanych kompetencji i umiejętności praktycznych, lat praktyki i własnych doświadczeń zawodowych, pozytywnej oceny dotychczasowej współpracy z gminą. Należy podkreślić, iż w tym przypadku kwestia wysokości wynagrodzenia (wartość umowy), za które dana osoba gotowa jest realizować określone działania, nie stanowi najważniejszej przesłanki będącej podstawą wyboru oferenta.

Należy także zauważyć, że do zamówień, których wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości 60 000 euro, nie stosuje się przepisów ustawy dotyczących obowiązku publikacji ogłoszeń w Biuletynie Zamówień Publicznych.

Wskazówki dodatkowe

1. Jeśli realizacja zadania odbywa się poprzez zakup usług, zleceniodawca określa warunki zakupu: czas realizacji, rozmiar przedsięwzięcia, standardy usługi, kwalifikacje realizatorów, grupę docelową odbiorców itd. Informacja o zamiarze zakupu usługi powinna być podana do wiadomości ewentualnych zleceniobiorców, np. poprzez wywieszenie na tablicy ogłoszeń.

2. Kwoty proponowane na realizację poszczególnych zadań muszą być uzasadnione szczegółową kalkulacją posiadającą merytoryczne uzasadnienie w przedstawionym programie działań. Jest to warunek niezbędny do rozpatrzenia oferty przez recenzentów.

3. Zlecenie zadań i przekazywanie środków osobom prawnym wymaga sporządzenia odpowiedniej umowy określającej zadania i zobowiązania oraz kalkulację kosztów. Zleceniobiorca musi być zobowiązany w umowie do przestrzegania zasad określonych w ustawie o finansach publicznych oraz poniżej przedstawionych zasad kalkulacji (w tym także do przestrzegania limitów stawek).

4. Elementem każdej umowy powinno być zobowiązanie do złożenia sprawozdania merytorycznego i finansowego.

5. Ewentualne zatrudnienia etatowe realizatorów programu muszą mieć wyraźne uzasadnienie merytoryczne i ze względu na okresowość finansowania powinny opierać się na umowie na czas określony. Przy zleceniu lub dofinansowaniu realizacji zadań określonych w art. 4¹ ust. 2 ustawy rekomenduje się dofinansowanie zatrudnienia pracowników merytorycznych w placówkach pomocy dla dzieci i mło-

dzieży z rodzin z problemem alkoholowym, a także w ośrodkach pomocy ofiarom przemocy w rodzinie.

6. Przy pracach zleconych ustala się ogólne limity stawek w formie tzw. widełek, co pozwala 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.

Finansowanie zakładów leczenia odwykowego przez jednostki samorządu terytorialnego

Zgodnie z art. 21 ust. 1 ustawy świadczenia z zakresu leczenia odwykowego osób uzależnionych od alkoholu może być prowadzone jedynie w zakładach leczenia odwykowego lub innych zakładach opieki zdrowotnej. Oznacza to, iż jednostki samorządu terytorialnego realizując nałożone w/w ustawą obowiązki w zakresie zwiększania dostępności pomocy terapeutycznej dla osób uzależnionych od alkoholu powinny w zakresie realizacji własnych zadań uwzględniać także aspekt przekazywania środków finansowych zakładom opieki zdrowotnej, a w szczególności zakładom leczenia odwykowego.

W zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych sytuacja kształtuje się odmiennie dla publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 35 i następnym ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.) jednostki samorządu terytorialnego mogą udzielać zamówienia na świadczenia zdrowotne niepublicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, w zakresie zadań określonych w statucie tego zakładu. Wyłonienie realizatora świadczeń odbywa się w drodze otwartego konkursu ofert przeprowadzanego zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia i Polityki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (Dz.U. Nr 93, poz. 592). Wyłonienie w toku w/w konkursu najlepszej oferty skutkuje podpisaniem umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne. Umowa taka powinna zostać zawarta na okres minimum trzech miesięcy, chyba że z rodzaju i ilości świadczeń zdrowotnych wynika czas krótszy. W umowa powinna zawierać między innymi: określenie świadczeń zdrowotnych objętych umową, określenie szacunkowej liczby osób ubezpieczonych i innych osób uprawnionych do świadczeń publicznych zakładów opieki zdrowotnej z danego terenu, określenie sposobu zgłaszania się i rejestracji pacjentów, organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w lokalu i poza nim, dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych i sposobu podania ich do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych, minimalną liczbę osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych lub świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju, przyjęcie przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia, określenie rodzajów i sposobu kalkulacji na-

leżności, jaką udzielający zamówienia przekazuje przyjmującemu zamówienie z tytułu realizacji zamówienia, a w przypadku ustalenia stawki ryczałtowej – określenie jej wysokości oraz zasady ustalania trybu przekazywania udzielającemu zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia. Istotnym wymogiem, jaki musi być spełniony przez zakłady opieki zdrowotnej realizujące zamówienie na świadczenia zdrowotne, jest wymóg podlegania ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej. Zgodnie z § 4 rozporządzenia Ministra Finansów z 23 grudnia 2004 r. w sprawie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne (Dz.U. Nr 283, poz. 2825) dla niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki objęte są umową ubezpieczenia OC, wynosi równowartość w złotych kwoty 46 500 euro.

Kwestię finansowania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej reguluje art. 54 i 55 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z wyżej wspomnianymi przepisami samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą podpisywać umowy z jednostkami samorządu terytorialnego na udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych, a także umowy na realizację programów zdrowotnych. W odniesieniu do umów na udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych Ustawodawca wspomina jedynie, że do przekazywania środków finansowych z tego zakresu nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych. Kwestię przekazywania środków finansowych na realizację programów zdrowotnych określa szczegółowo rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lipca 2005 r. w sprawie szczegółowych warunków przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych na realizację programów zdrowotnych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne (Dz.U. Nr 131, poz. 1099). Rozporządzenie to nakłada na zleceńbiorcę (zakład opieki zdrowotnej) obowiązek przedstawienia planu rzeczowo-finansowego oraz informacji o prowadzonej działalności.

Osobną kwestię stanowi finansowanie wydatków inwestycyjnych i remontowych zakładów opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 55 ust. 1 pkt 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej zakład opieki zdrowotnej może otrzymywać dotację budżetową od jednostki samorządu terytorialnego na remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego. Nieco inaczej przedstawia się kwestia finansowania w formie dotacji budżetowej kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne, które zgodnie z ustawą powinien pokrywać organ założycielski zakładu. Ustawodawca stworzył też jednak możliwość przekazywania środków finansowych na realizację w/w zadania jednostkom samorządu terytorialnego nie będącym organami założycielskimi zakładu w odniesieniu do dwóch typów zakładów lecznictwa odwykowego: wojewódzkim ośrodkom terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia oraz przychodniom terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1999 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów lecznictwa odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu (Dz.U. z 2000 r. Nr 3 poz. 44 ze zm.) nałożyło bowiem na oba te typy placówek zadania z zakresu kształcenia i doskonalenia zawodowego pracowników merytorycz-

nych leczenia odwykowego. Stwarza to możliwość sfinansowania tego rodzaju wydatków na podstawie art. 54 ust. 1 pkt 5 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, tj. przepisu umożliwiającego podpisywanie z zakładami opieki zdrowotnej umów na realizację „innych zadań określonych odrębnymi przepisami”. Umowa taka może wymieniać imiennie osoby będące pracownikami zakładu leczenia odwykowego danej jednostki samorządu terytorialnego, które mają być przeszkolone. Przepis ten może także stanowić podstawę finansowania wszystkich innych „pozaleczniczych” zadań nałożonych na zakłady leczenia odwykowego w/w rozporządzeniem.

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. Do stosowania stawek wykładowych potrzebna jest również odpowiednia liczba odbiorców.

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.

Ćwiczenia praktyczne – zorganizowana forma zajęć angażujących uczestników w różnego rodzaju działania indywidualne i grupowe, dostarczające nowych doświadczeń, informacji i obserwacji. Ukierunkowane są na rozwijanie praktycznych umiejętności i zmianę postaw. Prowadzone są na ogół według przygotowanego scenariusza, określającego tematy, strukturę i przebieg kolejnych sytuacji.

Dyżury i działania interwencyjno-wspierające – tego typu działania są aktualnie najczęściej podejmowane w ramach różnorodnych programów pomocowych, np. w punktach konsultacyjnych. Mogą być prowadzone przy pomocy wolontariatu, a więc nieodpłatnego zaangażowania określonych osób pragnących pomagać innym ludziom. Przy organizowaniu takich działań pożądane jest rozważenie, jakiego rodzaju kwalifikacje są potrzebne oraz promowanie wolontariatu umocnionego odpowiednim przeszkoleniem.

Konsultacje specjalistów – związane są z zapraszaniem do współpracy wysoko wykwalifikowanych specjalistów (lekarzy, psychologów, socjologów, prawników) do doradztwa w zakresie pojawiających się problemów związanych z realizacją programów profilaktycznych, terapeutycznych, interwencyjnych.

Superwizja – to specyficzna metoda szkolenia osób zajmujących się pomocą psychologiczną; analizowanie (pod kierunkiem wysokiej klasy specjalisty) doświadczeń i wydarzeń zachodzących w procesie prowadzenia psychoterapii indywidualnej lub grupowej.

Dodatkowe reguły

1. 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.

2. Dokonywanie zakupów inwestycyjnych (powyżej 3 500 zł – poniżej tej kwoty są to wydatki na zakupy bieżące) wymaga dokładnego określenia ich w preliminarzu i zatwierdzenia w ramach programu. Zakupy takie mogą być akceptowane, gdy podmiot składający ofertę co najmniej w dwóch poprzednich latach realizował zadania zlecone i uzyskał pozytywne oceny realizacji tych zadań od recenzentów.

3. Nie należy wspierać tworzenia wielu telefonów zaufania w jednym mieście w różnych miejscach; pożądane jest natomiast rozszerzenie obsady dyżurujących przy jednym (wielonumerowym) telefonie zaufania o przedstawicieli różnych profesji i środowisk.

4. Zakupy – przy ich realizacji obowiązują wspomniane poprzednio zasady dotyczące zamówień publicznych; konieczne jest uzasadnienie zakupów przez wskazanie ich niezbędności do realizowania programu; należy sprawdzić możliwość szerszego i bardziej elastycznego wykorzystania sprzętu zakupionego na danym terenie w latach poprzednich; zakupy wyposażenia wymagają jednoznacznego określenia odpowiedzialności materialnej i prawnej za nabyte środki; w umowach powinno być zagwarantowane, że zakupione środki trwale będą wykorzystywane do celów zgodnych z zatwierdzonym programem.

Prowadzenie sprzedaży napojów alkoholowych zarówno za pośrednictwem stron internetowych, jak i z dostawą na telefon wykracza poza warunki sprzedaży dopuszczalne przez ustawę o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Powyższe stanowisko znajduje oparcie przede wszystkim w art. 96, który zawiera zamknięty katalog form sprzedaży napojów alkoholowych przez punkty prowadzące sprzedaż detaliczną napojów alkoholowych zawierających powyżej 4,5% alkoholu (z wyjątkiem piwa). Jednocześnie organ zezwalający (wójt, burmistrz, prezydent miasta) może udzielić wyłącznie zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych podmiotowi przewidzianemu w ustawie.

Bezwzględny zakaz sprzedaży napojów alkoholowych przez Internet wynika z faktu, iż sprzedawca ma obowiązek upewnić się, że nabywca jest pełnoletni i trzeźwy. W przypadku sprzedaży alkoholu drogą elektroniczną jest to w dużym stopniu utrudnione. Sprzedaż tych produktów drogą internetową nie stwarza należytych gwarancji prowadzenia sprzedaży napojów alkoholowych w rzetelny sposób, w rozumieniu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Udzielanie dotacji organizacjom pozarządowym w trybie ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz.U. Nr 96, poz. 873, z późn. zm.)

Zgodnie z art. 176 ust. 2 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz.U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.) podmioty nie zaliczone do sektora finansów publicznych i nie działające w celu osiągnięcia zysku mogą otrzymywać z budżetu jednostki samorządu terytorialnego dotacje na cele publiczne związane z realizacją zadań tej jednostki. Zlecenie zadania i udzielanie dotacji następuje zgodnie z przepisami ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie w zakresie zadań publicznych określonych w art. 4 tej ustawy.

Ustawa o działalności pożytku publicznego i wolontariacie bardzo szeroko określa sferę zadań publicznych, dla której stosuje się określone w tej ustawie zasady. Tryb udzielania dotacji obejmuje między innymi zadania w zakresie:

- działalności charytatywnej,
- ochrony i promocji zdrowia,
- działania na rzecz osób niepełnosprawnych,
- nauki, edukacji, oświaty i wychowania,
- krajoznawstwa oraz wypoczynku dzieci i młodzieży,
- upowszechniania kultury fizycznej i sportu,
- porządku i bezpieczeństwa publicznego oraz przeciwdziałania patologiom społecznym,
- promocji i organizacji wolontariatu,

- działalności wspomagającej technicznie, szkoleniowo, informacyjnie lub finansowo organizację pozarządową.

W przypadku zadań nieobjętych powyższym wyliczeniem, zlecenie zadania i udzielenie dotacji następuje na podstawie umowy jednostki samorządu terytorialnego z podmiotem, któremu udziela się dotacji. W takiej sytuacji tryb postępowania o udzielenie dotacji, sposób jej rozliczenia oraz sposób kontroli wykonywania zleconego zadania określa w drodze uchwały organ stanowiący tej jednostki.

Ustawa definiuje organizację pozarządową jako nie będącą jednostką sektora finansów publicznych i nie działającą w celu osiągnięcia zysku osobę prawną lub jednostkę organizacyjną, nie posiadającą osobowości prawnej, utworzoną na podstawie przepisu ustawowego.

W rozumieniu ustawy o finansach publicznych do sektora finansów publicznych zalicza się:

- organy władzy publicznej, organy administracji rządowej, organy kontroli państwowej i ochrony prawa, sądy trybunały, a także jednostki samorządu terytorialnego i ich związki,
- jednostki budżetowe, zakłady budżetowe i gospodarstwa pomocnicze jednostek budżetowych,
- fundusze celowe,
- państwowe szkoły wyższe,
- jednostki badawczo-rozwojowe,
- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- państwowe i samorządowe instytucje kultury,
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,
- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- Polską Akademię Nauk i tworzone przez nią jednostki organizacyjne,
- państwowe lub samorządowe osoby prawne utworzone na podstawie odrębnych ustaw w celu wykonywania zadań publicznych.

Użyte w definicji określenie „jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej” wyklucza stosowanie przepisów ustawy wobec osób fizycznych i spółek cywilnych.

Wobec zawartego w ustawie wymogu nie działania w celu osiągnięcia zysku należy przyjąć, że za organizację pozarządową nie może zostać uznany przedsiębiorca w rozumieniu art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2007 r. Nr 155, poz. 1095 z późn. zm.), tj. podmiot obdarzony przepisem ustawowym zdolnością prawną, prowadzący we własnym imieniu działalność gospodarczą, chyba że ma ona jedynie charakter uboczny i występuje na marginesie podstawowej działalności statutowej.

Zlecenie zadań publicznych organizacjom pozarządowym może przybierać formę powierzenia (organ udziela dotacji na finansowanie zadania, tj. pokrywa koszty realizacji zadania w całości) lub wspierania (organ udziela dotacji na dofinansowanie zadania, tj. pokrywa jedynie część kosztów realizacji zadania). Zarówno powierzenie, jak i wspieranie realizacji zadania publicznego odbywa się w formie otwartego konkursu ofert.

Odrębny tryb udzielenia dotacji może być zastosowany w dwóch przypadkach:

1. Gdy upoważniają do tego przepisy odrębne (przykładowo: ustawa o zakładach opieki zdrowotnej w zakresie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych).
2. Jeżeli dane zadanie może zostać zrealizowane efektywniej w inny sposób, określony w odrębnych przepisach, w szczególności poprzez zakup usług na zasadach i w trybie określonych w przepisach o zamówieniach publicznych (stosowanie tego trybu wskazane jest zwłaszcza w przypadku zadań, w których podmiotowe kryteria wyboru oferenta nie są istotne).

W ogłoszonym konkursie ofert, oprócz organizacji pozarządowych, mogą uczestniczyć także jednostki organizacyjne podległe lub nadzorowane przez organy administracji publicznej, a więc przykładowo publiczne zakłady opieki zdrowotnej, instytucje kultury, szkoły. Podmiotom tym jednak, w przeciwieństwie do organizacji pozarządowych i organizacji, o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie, nie przysługuje uprawnienie składania z własnej inicjatywy oferty realizacji zadań publicznych. Podmioty te nie mogą inicjować procedury konkursowej, a jedynie zgłaszać swoje oferty do ogłoszonych już konkursów.

Ogłoszenie konkursu ofert powinno nastąpić co najmniej z trzydziestodniowym wyprzedzeniem. Ogłoszenie powinno spełniać wymogi wskazane w art. 13 ust. 2 ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie oraz zostać zamieszczone w dzienniku o zasięgu odpowiadającym rodzajowi zadania oraz Biuletynie Informacji Publicznej, w siedzibie organu ogłaszającego konkurs i ewentualnie w innej formie zapewniającej powszechny dostęp podmiotów zainteresowanych, np. poprzez użycie sieci teleinformatycznej.

Ustawa nie mówi wprost o tym aspekcie, jednak w powszechnej praktyce przyjęta jest dopuszczalność wybrania w drodze konkursu więcej niż jednej oferty. Taką interpretację przepisów ustawy podziela także Departament Pożytku Publicznego Ministerstwa Polityki Społecznej. W przypadku, gdy organ dopuszcza możliwość takiej formy rozstrzygnięcia konkursu, powinien to zaznaczyć w ogłoszeniu, w części dotyczącej zasad przyznawania dotacji.

W przypadku udzielania dotacji jednostce organizacyjnej podległej lub nadzorowanej przez jednostkę administracji publicznej, umowę podpisuje organ zarządzający tej jednostki, w przypadku jednostki posiadającej osobowość prawną albo kierownik jednostki nie posiadającej osobowości prawnej, działający na podstawie pełnomocnictwa udzielonego mu w ramach odpowiednich przepisów przez przedstawiciela osoby prawnej (Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego).

Jakkolwiek z brzmienia art. 16 ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie wynika, że umowy o realizację zadania publicznego zawiera się na czas określony – a więc dopuszczalne jest ich zawieranie na okres dłuższy niż rok budżetowy w odniesieniu do zadań z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych – możliwość taką uniemożliwia w praktyce fakt corocznego uchwalania gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, który stanowi merytoryczną podstawę wydatkowania środków gminnych na zadania z tego zakresu.

Art. 16 ust. 4 ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie stanowi, że zadanie publiczne nie mogą być realizowane przez podmiot nie będący stroną umowy, chyba że umowa zezwala na wykonanie określonej części zadania przez taki podmiot. Oznacza to, że ustawa dopuszcza możliwość podzlecenia zadania jedynie w przypadku zachowania dwóch warunków:

1. Dopuszczenia przez umowę takiego rozwiązania.
2. Podzlecenia jedynie części zadania. Ograniczenia takie nie dotyczą powierzenia wykonywania zadań osobom fizycznym zatrudnionym przez zleceniobiorcę na podstawie umowy zlecenia oraz wolontariuszy.

Art. 3 ust. 6 ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie stanowi, że do zlecenia zadań z zakresu pomocy społecznej zastosowanie znajdują przepisy ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2008 r. Nr 115, poz. 728 z późn. zm.). Zauważyć należy, że ustawodawca, określając tryb zlecenia zadań publicznych z zakresu pomocy społecznej, zdecydował o zastosowaniu rozwiązań w znacznej mierze zbliżonych do tych przyjętych dla powierzenia innych rodzajów zadań. Zarówno w przypadku jednego, jak i drugiego trybu udzielanie dotacji następuje po przeprowadzeniu otwartego konkursu ofert, prowadzonego z uwzględnieniem zasad pomocniczości, efektywności, uczciwej konkurencji i jawności. Zasadniczą odrębnością cechującą postępowanie w przedmiocie zlecenia zadań z zakresu pomocy społecznej jest wyłączenie możliwości stosowania dla tej kategorii zadań trybów przewidzianych w przepisach innych ustaw, a więc przede wszystkim w trybie zamówień publicznych, co – przypomnijmy – dopuszcza w odniesieniu do powierzenia zadań publicznych w innym zakresie dopuszcza art. 11 ust. 4 ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie. Inną istotną różnicą jest wskazanie w art. 51 ustawy o pomocy społecznej oceny realizacji zadań zleconych danemu podmiotowi w okresie poprzednim ze szczególnym uwzględnieniem rzetelności, terminowości, jak również sposobu rozliczania dotacji jako jednego z kryteriów, jakimi podmiot przeprowadzający konkurs powinien kierować się przy podejmowaniu decyzji o udzieleniu dotacji. Jest to o tyle istotne, że kwestia dopuszczalności stosowania kryterium dotychczasowej współpracy z danym podmiotem budziła i dalej budzi liczne wątpliwości na gruncie przepisów ustawy o działalności pożytku publicznego. Należy także zauważyć, że ustawa o pomocy społecznej jednoznacznie normuje zagadnienie tzw. braków formalnych ofert konkursowych, a więc ich wadliwego lub niekompletnego sporządzenia stanowiąc, że należy je pozostawić bez rozpoznania. Fakt, iż kwestia ta nie jest przedmiotem regulacji ustawy o działalności pożytku publicznego, powoduje w praktyce bardzo urozmaiconą praktykę poszczególnych podmiotów zlecających realizację zadań publicznych w tym zakresie.