


Łukasz Kołodziej

 <https://orcid.org/0000-0002-9814-9158>

Fundacja Instytut Zdrowia FIZ-LK
Ośrodek Terapii Uzależnień „Tratwa”

PRAWA MIESZKAŃCÓW DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ A PROBLEMATYKA UZALEŻNIEŃ ORAZ WSPÓLUZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU

Abstract

Rights of residents of social welfare homes and prevention and therapy of addictions and co-dependence

The liberal approach of the Polish society to people who consume alcohol changes dramatically when someone turns out to be addicted to alcohol. In relation to alcohol dependent patients moral rigidity along with judgmental attitude dominates. Alcoholism is not the only type of addiction. In relation to people addicted to drugs, the negative attitude in society is also expressed. Health harm and social problems, driven by alcohol and drug addiction, have been profoundly accumulated in the long term care social welfare facilities. Based on the Polish Constitution and relevant laws employees of social welfare homes are obliged to respect the rights of residents. Nonetheless, the Polish Ombudsman (the Commissioner for Human Rights) revealed numerous examples of violations of the residents' rights. This phenomenon is particularly intensified in the case of addicted residents of long term care social welfare facilities. In addition, alcohol and drug addiction nursing facilities drives antisocial behaviours towards non-addicted vulnerable residents. Nevertheless, the rights of non-addicted residents to be protected from harm resulting from alcohol and drug addiction of other residents have been profoundly neglected. The aim of the paper is therefore to comprehensively describe the problem of addiction in social welfare homes, give the most striking examples of breaking the rights of residents and suggest some solutions aimed at better protection of the rights of both addicted and non-dependent residents of social welfare homes in Poland.

Key words: drug and alcohol addiction, co-dependence, human rights, home care, health prophylactics

Wprowadzenie

Domy pomocy społecznej są instytucjami działającymi w ramach systemu pomocy społecznej w Polsce. Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej i rozporządzeniem dotyczącym działalności domów pomocy społecznej mamy kilka rodzajów usług na rzecz mieszkańców. Są nimi usługi: bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne, realizowane

na poziomie obowiązującego w Polsce standardu (Szochner-Siemińska 2018). W myśl artykułu 54 ustęp 1 ustawy o pomocy społecznej osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu oraz której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych przysługuje prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej (Szochner-Siemińska 2018).

Ze względu na specyficzne kryteria przyjęcia do domu pomocy społecznej mieszkańcy tych ośrodków są grupą społeczną szczególnie schorowaną, wymagającą intensywnej opieki i leczenia. Zgodnie z artykułem 56 ustawy o pomocy społecznej¹ wyróżnia się zatem siedem różnych typów domów pomocy społecznej, specyficznie dostosowanych do potrzeb określonej grupy mieszkańców, to jest: (1) osób w podeszłym wieku; (2) przewlekle chorych somatycznie; (3) chorych psychicznie; (4) dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną; (5) osób z niepełnosprawnością fizyczną; (6) dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną oraz (7) osób uzależnionych od alkoholu. Mieszkańcy poszczególnych rodzajów domów pomocy społecznej różnią się między sobą nasileniem choroby, a tym samym stopniem niepełnosprawności. Typologia domów pomocy społecznej nie odzwierciedla więc wybranych cech demograficznych podopiecznych, na przykład wykształcenia czy stopnia zamożności. W ten sposób w niektórych typach domów pomocy społecznej, na przykład dla osób chorych przewlekle psychicznie, mieszkają z sobą zarówno osoby młode, jak i w wieku starszym.

Dla pracowników domów pomocy społecznej i ich otoczenia społecznego dom pomocy społecznej jest zatem jednostką organizacyjną resortu pomocy społecznej. Dla mieszkańców domów pomocy społecznej instytucja ta jest jednak ich domem. Istnieje więc konieczność zapewnienia mieszkańcom domów pomocy społecznej warunków domowych, atmosfery intymności oraz prawa do prywatności. Z kolei mieszkańcy domów pomocy społecznej poddani są rygorom wynikającym z konieczności przebywania w instytucji opiekuńczej. Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej stanowią zatem wewnętrzny zbiór zasad pożycia społecznego na terenie domu (Rzecznik Praw Obywatelskich 2017a). Mieszkańcy oraz pracownicy domów pomocy społecznej zobowiązani są do ich przestrzegania. Prawa mieszkańców tego typu placówek muszą jednak wynikać z obowiązującego w Polsce porządku prawnego.

Mieszkańcy domów pomocy społecznej są również zależni od swoich opiekunów i dyrekcji instytucji. Stosunki zależności i władzy stwarzają warunki do różnego typu nadużyć (Zbyrad 2012). Między innymi dlatego Rzecznik Praw Obywatelskich w ramach działania Krajowego Mechanizmu Przeciwdziałania Torturom (KMPT) kontroluje domy pomocy społecznej i ocenia stopień przestrzegania praw mieszkańców (Rzecznik Praw Obywatelskich 2017a; Rzecznik Praw Obywatelskich 2017b).

Tak jak wszyscy obywatele, także osoby mieszkające w domach pomocy społecznej mają prawo do niezakłóconego miru domowego oraz do posiadania różnych rzeczy, które są legalnie dostępne w kraju, również alkoholu. Stan zdrowia nie jest również

¹ Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U. 2019 poz. 1507).

wystarczającą przesłanką do odebrania mieszkańcowi domu pomocy społecznej prawa do konsumpcji napojów alkoholowych. W swoim domu każdy może bowiem spożywać alkohol bez przeszkód. Nadużywanie alkoholu często prowadzi jednak do agresji i przemocy (Frackowiak, Motyka 2015). Uczynienie domów pomocy społecznej miejscami wolnymi od używek wydaje się zatem pożądanym celem. Dążenie do całkowitego wyeliminowania alkoholu i nikotyny w domach pomocy społecznej stoi jednak w sprzeczności z prawami mieszkańców.

O ile prawu pijących mieszkańców do spożywania alkoholu poświęca się stosunkowo wiele uwagi, o tyle prawa niepijących mieszkańców wciąż pozostają sferą zaniedbaną (Rzecznik Praw Pacjenta 2017a). Wolni od uzależnień mieszkańcy domów pomocy społecznej również mają prawo do życia w spokoju i wolności od lęku wywołanego agresywnym i niestosownym zachowaniem upojonych alkoholem mieszkańców. Celem artykułu jest zatem poddanie krytycznej analizie dostępnych w domenie publicznej informacji na temat praw mieszkańców wszystkich typów domów pomocy społecznej i przedyskutowanie ich w kontekście tematyki uzależnień oraz współuzależnienia od alkoholu. Omówiono również aktualne podejście do rozwiązywania problemów zdrowotnych związanych z uzależnieniami w domach pomocy społecznej, włączając w to profilaktykę oraz promocję zdrowia.

Typy uzależnień a zapobieganie zachowaniom ryzykownym przez profilaktykę uzależnień i promocję zdrowia

Obowiązującym w Polsce systemem diagnostycznym jest Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (Habrak 2010). Zaburzenia związane z przyjmowaniem substancji odurzających przypisane są do kategorii problemów z zachowaniem i zdrowiem psychicznym. Jednostki chorobowe w tej kategorii oznaczone są literą F. Kolejne cyfry przy literze F oznaczają szkodliwe korzystanie lub wręcz uzależnienie od określonych substancji chemicznych (tabela 1). W przypadku przyjmowania substancji odurzających wyróżnia się bowiem dwa odmienne stany kliniczne, to jest szkodliwe korzystanie z substancji psychoaktywnych, na przykład stan picia szkodliwego (F.10.1 według ICD-10) oraz zespół uzależnienia, na przykład zespół uzależnienia od alkoholu (F.10.2 według ICD-10) (Habrak 2010).

Oprócz uzależnień od substancji chemicznych występuje również zjawisko nałogowych czynności, czyli tak zwane uzależnienia behawioralne, na przykład hazard (według systemu ICD-10 uzależnienie od hazardu oznaczone jest symbolem F. 63.0), nadmierne angażowanie się w gry komputerowe czy uzależnienie od seksu (Lelonek-Kuleta 2015). Wśród teoretyków oraz praktyków zajmujących się typologią i terapią uzależnień brakuje konsensusu odnośnie do kryteriów diagnostycznych niezbędnych do postawienia diagnozy uzależnienia od danej czynności (Habrak 2017). W Polsce dostęp do terapii uzależnień behawioralnych jest także stosunkowo ograniczony (Lelonek-Kuleta, Chwaszcz 2011). Zakres wiedzy i praktyki klinicznej związany z pomaganiem mieszkańcom domów

Tabela 1. Typy uzależnień chemicznych wraz z numerami statystycznymi chorób według ICD-10

Używanie szkodliwe i uzależnienie od	Numer statystyczny według ICD-10
alkoholu	F10.1; F10.2
opiatów	F11.1; F11.2
kanabinoli	F12.1; F12.2
substancji nasennych i uspokajających	F13.1; F13.2
kokainy	F14.1; F14.2
środków pobudzających, w tym kofeiny	F15.1; F15.2
halucynogenów	F16.1; F16.2
nikotyny	F17.1; F17.2
lotnych rozpuszczalników	F18.1; F18.2
kilku substancji naraz	F19.1; F19.2

Źródło: Opracowanie własne.

pomocy społecznej, cierpiącym z powodu nałogowych czynności, również pozostaje niemal całkowicie pominięty w badaniach i opracowaniach naukowych.

Zespół uzależnienia od alkoholu uważany jest za modelowy przykład uzależnienia człowieka od substancji psychoaktywnej (Wnuk, Marcinkowski 2012). W wypadku uzależnienia od kilku różnych substancji psychoaktywnych występuje zjawisko politoxokomanii. Rozróżnia się również uzależnienia mieszane i krzyżowe. W pierwszym przypadku chodzi o jednoczesne uzależnienie od dwóch substancji chemicznych działających na różne receptory chemiczne w mózgu, na przykład alkoholu i nikotyny. Uzależnienie krzyżowe występuje wtedy, gdy ktoś jest uzależniony jednocześnie od dwóch substancji, na przykład alkoholu i leków z grupy benzodiazepin, działających w mózgu na te same systemy neuroprzekaźników (Woronowicz 2009). Jeśli u jednej osoby współwystępują dwie różne jednostki chorobowe, to jest choroba psychiczna i uzależnienie od substancji psychoaktywnej, mówi się o tak zwanej podwójnej diagnozie (Klimkiewicz, Klimkiewicz, Jakubczyk, Kieres-Salomoński, Wojnar 2015).

Terapia uzależnień obok interwencji kryzysowej oraz resocjalizacji należy do działań naprawczych, ukierunkowanych na przywracanie zdrowia oraz poprawę funkcjonowania społecznego osób dotkniętych uzależnieniem. Rozwiązywanie problemów zdrowotnych to jednak nie tylko wyłącznie działania naprawcze, lecz także promocja zdrowia, profilaktyka oraz postępowanie po leczeniu (Ostaszewski 2010). Mieszkańcy domów pomocy społecznej, podobnie jak też inni obywatele, również powinni mieć zagwarantowany dostęp do świadczeń zdrowotnych w każdej z tych dziedzin.

Promocja zdrowia, w tym także psychicznego, dotyczy wspierania pozytywnego rozwoju psychicznego i poprawy zdrowia somatycznego całych populacji ludzkich, na przykład uczniów szkół podstawowych w kraju, osób starszych, mieszkańców

domów pomocy społecznej itp. (Ostaszewski 2010). W działaniach ukierunkowanych na promocję zdrowia chodzi bowiem o wzmocnienie czynników chroniących przed chorobami i procesów odpornościowych. Tym samym promocja zdrowia ukierunkowana jest na pomnożenie zdrowia i wzmocnienie zasobów odporności psychicznej człowieka, na przykład zdolności do konstruktywnego radzenia sobie z wyzwaniami, jakie niesie z sobą życie. Przykładem działań w zakresie promocji zdrowia są różnego typu warsztaty rozwijania umiejętności twórczego myślenia, radzenia sobie ze stresem, złością itp. (Ostaszewski 2010).

W myśl definicji zaproponowanej przez Krzysztofa Ostaszewskiego, kierownika Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M” w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, profilaktyka może być zdefiniowana jako „świadome działanie mające na celu zapobieganie problemom zdrowotnym (zaburzeniom, chorobom, dysfunkcjom), zanim one wystąpią” (Ostaszewski 2010: 74). Profilaktyka ma więc charakter przede wszystkim wyprzedzający. Skuteczne działania profilaktyczne opierają się również na wiedzy zarówno na temat czynników ryzyka wystąpienia określonej choroby lub dysfunkcji, jak i czynników chroniących przed zachorowaniem. W oddziaływaniach profilaktycznych chodzi bowiem o osłabienie lub zniwelowanie czynników ryzyka oraz jednoczesne wzmocnienie czynników chroniących przez zastosowanie odpowiednio dobranych strategii i oddziaływań (Ostaszewski 2010).

Ze względu na stopień nasilenia czynników ryzyka wyróżnia się trzy poziomy profilaktyki (Ostaszewski 2010). Profilaktyka uniwersalna skierowana jest do całych populacji, na przykład uczniów lub mieszkańców wszystkich typów domów pomocy społecznej, bez względu na stopień indywidualnego ryzyka osób zaliczanych do grupy docelowej objętej działaniami profilaktycznymi. Celem oddziaływań profilaktycznych na poziomie uniwersalnym jest osłabienie lub eliminowanie czynników ryzyka w danej populacji. Przykładem profilaktyki uniwersalnej są działania ukierunkowane na podwyższenie wieku inicjacji alkoholowej u dzieci i młodzieży. Wiadomo, że czynnikiem ryzyka wystąpienia uzależnienia od alkoholu jest wczesne sięganie po tę używkę.

Profilaktyka selektywna ukierunkowana jest na jednostki oraz grupy społeczne zwiększonego ryzyka (Ostaszewski 2010). Oddziaływania i strategie z tego poziomu profilaktyki skierowane są do osób, u których przez sam fakt przynależności do określonej grupy występuje zwiększone ryzyko zaburzeń i chorób (na przykład dzieci wychowujące się w rodzinach z problemem alkoholowym, osamotnieni mieszkańcy domów pomocy społecznej itp.).

Profilaktyka wskazująca to oddziaływania adresowane do konkretnych osób lub grup osób, które wykazują ponadprzeciętne ryzyko wystąpienia chorób lub zaburzeń (Ostaszewski 2010). Co ważne, ludzie ci nie spełniają jeszcze kryteriów diagnostycznych wymaganych do postawienia diagnozy i wdrożenia odpowiedniego leczenia, czyli podjęcia środków zarezerwowanych dla działań naprawczych. Przykładem oddziaływań profilaktyki wskazującej są programy ograniczenia ilości i częstości spożywania alkoholu przez osoby pijące w sposób ryzykowny.

Programy ograniczenia ilości i częstości spożywania alkoholu oraz redukcji szkód związanych z konsumpcją tej używki wpisują się również w oddziaływania po zakończonym leczeniu (*after care*). W kontekście działalności domów pomocy społecznej dla osób chorych psychicznie przewlekle działania po zakończonym leczeniu powinny obejmować zajęcia mające na celu zapobieganie zaostrzeniom choroby i minimalizowanie skutków chorób psychicznych wśród mieszkańców.

Biorąc pod uwagę stosunek do alkoholu oraz potrzeby zdrowotne mieszkańców wszystkich typów domów pomocy społecznej, w populacji tej można wyodrębnić następujące podgrupy: (a) całkowicie abstynenci – grupa docelowa oddziaływań profilaktyki uniwersalnej; (b) osoby przeważnie o cechach osobowości zależnej, podatne na namawianie do picia przez innych współmieszkańców – oddziaływania zarezerwowane dla oddziaływań profilaktyki selektywnej; (c) mieszkańcy pijący alkohol w sposób ryzykowny – grupa docelowa oddziaływań profilaktyki wskazującej. Osoby pijące w sposób szkodliwy oraz uzależnione wymagają terapii uzależnienia.

Domy pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu jako potencjalne centra innowacji społecznych w zakresie opieki nad ludźmi głęboko uzależnionymi ze współistniejącymi problemami psychicznymi i somatycznymi

Na mocy nowelizacji Ustawy o pomocy społecznej z dnia 22 lutego 2013 roku utworzono domy pomocy społecznej specyficznie przeznaczone dla osób uzależnionych od alkoholu². Do 2019 roku otwarto tylko jeden dom pomocy społecznej tego typu. Mieści się on w Krakowie³. W dwóch pozostałych przypadkach w Gorzowie Wielkopolskim⁴ oraz Pleszewie⁵ otwarto pododdziały dla osób uzależnionych od alkoholu.

Według polskiego ustawodawcy celem pobytu w domu pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu ma być nabycie przez mieszkańców umiejętności niezbędnych do utrzymywania abstynencji w dłuższej perspektywie czasu (Szafranek 2018). Zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem o pobyt w domu pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu mogą ubiegać się uzależnieni mieszkańcy ze wszystkich typów domów pomocy społecznej w Polsce. Kandydaci do umieszczenia w domu pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu nie mogą jednak wymagać leczenia szpitalnego ani spełniać kryteriów przyjęcia do stacjonarnych oddziałów terapii uzależnień. Wcześniejsze, nieskuteczne, próby podjęcia terapii uzależnień nie są bowiem przeszkodą w umieszczeniu mieszkańca w domu pomocy społecznej dla osób

² Ustawa z dnia 22 lutego 2013 roku o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2013 poz. 182 z późn. zm.).

³ <https://www.dps.mcpc.krakow.pl/> (dostęp: 15.08.2019).

⁴ <http://dps-nr2.prv.pl/> (dostęp: 15.08.2019).

⁵ <http://dpspleszew.pl/> (dostęp: 15.08.2019).

uzależnionych od alkoholu. Kandydat musi tylko wyrazić zgodę na udział w terapii (Rzecznik Praw Obywatelskich 2017a).

W domu pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu w Krakowie kwalifikacji do programu terapeutycznego dokonuje komisja, w której skład wchodzi: terapeuta uzależnień, psycholog, pracownik socjalny, lekarz internista, lekarz psychiatra i pielęgniarka. W opinii dyrektora domu pomocy społecznej i terapeutów uzależnień działania komisji kwalifikującej mieszkańców są wystarczające do zagwarantowania poprawnego wyboru pensjonariuszy, aby ci – ze względu na stan swojego zdrowia i cechy osobowości – nie utrudniali prowadzenia pracy terapeutycznej lub terapia nie miałaby dla nich sensu (Rzecznik Praw Obywatelskich 2017a). Do domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych trafiają zatem już wcześniej wyselekcjonowane osoby, które przynajmniej zadeklarowały współpracę z zespołem terapeutycznym nad osiągnięciem abstynencji.

Analiza dostępnych informacji na temat funkcjonowania domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu wskazuje na wiele problemów i kontrowersyjnych kwestii. Niektóre z nich zostały omówione w dalszej części tekstu. Należy docenić istnienie tego typu jednostek pomocy społecznej. Domy pomocy społecznej dla osób uzależnionych mają bowiem swoją ugruntowaną pozycję w systemie wsparcia dla osób z problemem alkoholowym. Na przykład to właśnie doświadczenia domu pomocy społecznej dla osób uzależnionych w Krakowie stały się podstawą do wprowadzenia zapisu w ustawie o pomocy społecznej o takim typie domu. Warto więc podjąć działania na rzecz wzmocnienia roli domów pomocy społecznej w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom w społecznościach lokalnych. Cel ten można osiągnąć na przykład przez przekształcenie obecnie działających domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych w centra innowacji (doskonałości) naukowo-dydaktycznej. Oprócz zaangażowania tego typu jednostek w opracowywanie programów profilaktycznych skierowanych do mieszkańców wszystkich typów domów pomocy społecznej w Polsce centra mogłyby się stać jednostkami wiodącymi w dziedzinie wdrażania promocji zdrowia wśród osób starszych i schorowanych.

Nawiązanie i zacieśnienie formalnej współpracy między domami pomocy społecznej dla osób uzależnionych z wydziałami medycznymi oraz nauk społecznych polskich uniwersytetów może przynieść korzystne zmiany dla mieszkańców wszystkich typów domów pomocy społecznej w całym kraju. Studenci – przyszli liderzy systemu opieki społecznej – zyskaliby bowiem możliwość kształcenia praktycznego przez bezpośredni kontakt z klientem uzależnionym i będącym w bardzo trudnej sytuacji życiowej. Pracownicy naukowcy mają do zaoferowania swoją wiedzę i doświadczenie w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki oraz psychoterapii uzależnień. Trzeba jednak zaznaczyć, że ewentualne dopuszczenie studentów do nauki w domach pomocy społecznej oraz zacieśnienie współpracy naukowej z domami pomocy społecznej powinno być poprzedzone analizą etyczną proponowanych rozwiązań. Niezmiernie ważne jest bowiem wdrożenie mechanizmów zabezpieczających prawa człowieka osób zamieszkujących w tych domach pomocy społecznej, które chciałyby współpracować intensywnie z uniwersytetami.

Niemniej jednak za ewentualnym przekształceniem domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych w centra innowacji społecznych przemawiają następujące argumenty.

W myśl art. 21 Ustawy o wychowaniu w trzeźwości z dnia 26 października 1982 roku w Polsce jedynie podmioty lecznicze mogą prowadzić legalną terapię uzależnienia od alkoholu (Dz.U. z 2018 roku poz. 2137, 2244, z 2019 roku poz. 730, 1818)⁶. Zgodnie jednak z Rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 stycznia 2017 roku (Dz.U. z 2017 roku poz. 224)⁷ w domach pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu oprócz ogólnych usług opiekuńczo-terapeutycznych powinny być realizowane zajęcia rehabilitacyjne ukierunkowane na: (1) prowadzenie indywidualnych oraz grupowych zajęć terapeutycznych z osobą przeszkoloną w zakresie oddziaływań terapeutyczno-rehabilitacyjnych wobec osób uzależnionych od alkoholu; (2) trening funkcji poznawczych, w tym trening pamięci; (3) trening umiejętności społecznych służących utrzymywaniu abstynencji lub ograniczeniu spożywania alkoholu; (4) działania motywujące mające na celu utrzymywanie abstynencji lub ograniczenie spożywania alkoholu⁸. Pojawia się więc zamieszanie, co tak naprawdę domy pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu oferują: czy terapię lub też, będąc w zgodzie z ustawą o wychowaniu w trzeźwości, co najwyżej oddziaływania korekcyjno-profilaktyczne.

Nie można przecież wprowadzać pacjenta mieszkańca domu pomocy społecznej w błąd przez prowadzenie terapii uzależnienia w ośrodkach nieprzewidzianych do tego celu. W przeszłości zdarzyło się już tak, że pacjent korzystał z pomocy w postaci wsparcia psychologicznego w zakresie radzenia sobie z problemem alkoholowym. Pomoc pacjentowi była udzielana w punkcie kontaktowym dla osób uzależnionych, prowadzonym przez jedną z polskich gmin. Nie była to jednak psychoterapia uzależnienia, o czym pacjent nie wiedział. Sprawa wyszła na jaw przypadkowo. Sąd przyznał później pacjentowi odszkodowanie od gminy za niedopełnienie obowiązku rzetelnego poinformowania beneficjenta pomocy odnośnie do tego, z jakiej konkretnie formy pomocy korzystał (Kołakowski 2011).

W celu uniknięcia nieporozumień oraz kontrowersji związanych z realizacją terapii uzależnień w domach pomocy społecznej – placówkach ustawowo nieprzeznaczonych do realizacji tego celu – można zaproponować otwarcie większej liczby oddziałów szpitalnych dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi. Przykładem takiego oddziału jest ten prowadzony w ramach Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie⁹. W myśl polskiego prawa to właśnie podmioty lecznicze, realizujące świadczenia w zakresie terapii uzależnień, powinny zajmować się kształtowaniem umiejętności utrzymywania abstynencji wśród mieszkańców domów pomocy społecznej. W przeciwieństwie do podmiotów leczniczych

⁶ Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982 Nr 35 poz. 230).

⁷ Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 24 stycznia 2017 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. 2017 poz. 224).

⁸ Tamże.

⁹ <https://babinski.pl/oddzial-oru/> (dostęp: 15.08.2019).

rolą domów pomocy społecznej jest stwarzanie warunków umożliwiających podtrzymanie umiejętności utrzymywania abstynencji wśród mieszkańców, na przykład przez profilaktykę uzależnień oraz promocję zdrowia.

Mieszkańcy wszystkich typów domów pomocy społecznej, w tym także dla osób uzależnionych od alkoholu, mają takie same prawa do świadczeń zdrowotnych jak pozostali obywatele naszego kraju. W artykule 6 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 roku z późniejszymi zmianami zagwarantowano Polakom dostęp do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej¹⁰. Artykuł 7 te same ustawy odnosi się do prawa do korzystania ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty lecznicze z należytą starannością, w warunkach odpowiadających określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym¹¹. Tak więc psychoterapia uzależnienia dla mieszkańców domów pomocy społecznej powinna spełniać powyższe kryteria. Skuteczność oferowanej psychoterapii uzależnienia jest natomiast oszacowana na podstawie metodologii badań klinicznych nad skutecznością określonego nurtu psychoterapeutycznego (Głowik 2014).

W literaturze przedmiotu brakuje jednak pogłębionych badań na temat optymalnego czasu trwania terapii uzależnienia dla osób z podwójną diagnozą oraz niesamodzielnych życiowo. W Polsce wśród specjalistów terapii uzależnień panuje zgoda co do tego, że optymalny czas trwania terapii uzależnienia w domu pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu powinien wynosić 12 miesięcy – Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 24 stycznia 2017 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. 2017 poz. 224). Dla porównania sugerowany czas trwania terapii uzależnień w ogólnodostępnych ośrodkach terapii uzależnień wynosi około 24 miesięcy i obejmuje do 240 godzin terapii grupowej oraz 50 godzin terapii indywidualnej rocznie¹². Widać więc nierówne traktowanie mieszkańców domów pomocy społecznej w porównaniu z populacją ogólną.

Pojawia się również trudność w dotarciu do publikacji naukowych na temat wyników ewaluacji skuteczności wdrożonych programów terapii uzależnień w domach pomocy społecznej dla osób uzależnionych. Problem nieadekwatnego wykorzystania badań naukowych nad skutecznością terapii uzależnienia od alkoholu nie dotyczy jednak tylko domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych, ale również ośrodków prowadzących terapię uzależnień w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego (Głowik 2014).

Siłą rzeczy liczba miejsc w wyspecjalizowanych typach domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych również jest ograniczona. Powoduje to trudności w dostępie do świadczeń. Tym samym wdrożenie programów profilaktyczno-korekcyjnych dla osób

¹⁰ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 Nr 52 poz. 417).

¹¹ Tamże.

¹² <https://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/metody-leczenia-uzaleznienia-od-alkoholu> (dostęp: 15.08.2019).

zagrożonych uzależnieniami oraz już uzależnionych, we wszystkich typach domów pomocy społecznej w całej Polsce, zamiast tworzenia kolejnych domów dla uzależnionych może pomóc przybliżyć ideał pracy z podopiecznym w jego środowisku zamieszkania. W ten sposób będzie można dotrzeć z ofertą pomocy do większej grupy odbiorców.

W naszym kraju brakuje jednak rzetelnych danych epidemiologicznych na temat rozpowszechnienia różnych typów uzależnień chemicznych wśród mieszkańców domów pomocy społecznej. Skala rozpowszechnienia uzależnień behawioralnych wśród pensjonariuszy domów pomocy społecznej również jest nieznaną. Stąd trudności w oszacowaniu zapotrzebowania na rozwiązywanie problemu uzależnień wśród mieszkańców domów pomocy społecznej. Przydzielenie utworzonym centrów zadań polegających na monitorowaniu skali uzależnień w domach pomocy społecznej może pomóc uzyskać lepszą wiedzę w tym zakresie. Obecnie bowiem, opierając się na danych cząstkowych, można tylko spekulować odnośnie do skali problemów uzależnień.

Alkohol w Polsce zawsze przecież był i jest stosunkowo tani oraz łatwo dostępny (Moskalewicz, Wieczorek 2009). Między innymi dlatego zespół uzależnienia od alkoholu dominuje wśród innych form uzależnień chemicznych (Marcinkowski 2011). Informacje uzyskane w latach 2008–2016, w trakcie wizytacji przedstawicieli KMPT w domach pomocy społecznej w różnych częściach kraju, wskazują, że około 10% mieszkańców domów pomocy społecznej jest uzależnionych od alkoholu (Rzecznik Praw Obywatelskich 2017a). Podobne wyniki otrzymano dla województwa opolskiego (Grabusińska 2010). Badanie przeprowadzone przez Departament Ochrony Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom Urzędu Marszałkowskiego w Poznaniu ujawniło, że w domach pomocy społecznej z terenu województwa wielkopolskiego 557 osób miało problemem alkoholowy, z czego tylko 57 było objętych terapią uzależnienia. W tym województwie nadużywający alkoholu mieszkańcy stanowili około 14% ogółu pensjonariuszy domów pomocy społecznej dla osób chorych psychicznie przewlekle oraz chorych somatycznie (Grygiel 2015).

Niemniej jednak trzeba zaznaczyć, że w Polsce tworzenie specjalnych typów domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu znajduje poklask w społeczeństwie oraz wśród decydentów w zakresie polityki społecznej¹³. Istnieje kilka teorii socjologicznych tłumaczących to zjawisko. Na przykład teoria naznaczenia społecznego wskazuje na względny charakter tego, co dane społeczeństwo uważa za zachowanie niedopuszczalne i społecznie szkodliwe (Świątkiewicz 2011). W społeczeństwie polskim istnieje bowiem przyzwolenie na spożywanie alkoholu, podczas gdy przyjmowanie narkotyków uważane jest za przejaw patologii społecznej (Moskalewicz, Room, Thom 2016). Niemniej jednak utrata kontroli nad ilością i częstością wypijanego alkoholu również uznawana jest za przejaw choroby społecznej. Ktoś, kto nie potrafi pić alkoholu z umiarem, staje się bowiem dewiantem społecznym, czyli kimś, kto odbiega od ogólnie przyjętej normy.

Teorią socjologiczną, która dobrze tłumaczy pozytywne oczekiwania polskiego społeczeństwa wobec instytucji domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych i łączy

¹³ <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=01FB93C8> (dostęp: 15.08.2019).

się z naznaczeniem społecznym mieszkańców domów pomocy społecznej, jest teoria systemowa instytucji społecznych Niklasa Luhmanna (Zbyrad 2014). Dotyczy ona społecznych zasad utrzymywania porządku publicznego. W myśl teorii Luhmanna domom pomocy społecznej można bowiem przypisać rolę instytucji społecznej mającej na celu odizolowanie niebezpiecznych jednostek społecznych (ludzi) od ogółu społeczeństwa. W ten sposób różnego typu niepożądane zachowania można poddać społecznej kontroli. Odwołując się więc do teorii Luhmanna, istnienie domów pomocy społecznej wyłącznie dla osób uzależnionych można interpretować jako próbę poddania uzależnionych mieszkańców domów pomocy społecznej kontroli i subordynacji.

Kolejną teorią socjologiczną objaśniającą działalność domów pomocy społecznej jest teoria instytucji totalnej Ervinga Goffmana (Zbyrad 2014). Instytucja totalna według Goffmana to taka, w której podopieczni jednocześnie śpią, pracują i odpoczywają. Ze względu na to, że dom pomocy społecznej zapewnia świadczenia całodobowe i reguluje wiele różnych aspektów życia mieszkańców, na przykład pory posiłków, zasady korzystania z pralni, godziny kąpieli itp., staje się więc instytucją totalną. Długotrwałe przebywanie w instytucji totalnej, na przykład w więzieniu czy w szpitalu psychiatrycznym, pociąga za sobą wiele niekorzystnych następstw psychologicznych obserwowanych jako proces instytucjonalizacji (Zbyrad 2012). Tym samym we współczesnej psychiatrii akcentuje się przewagę opieki środowiskowej nad lecznictwem zamkniętym (Prot-Klinger 2013). Rozwinięcie i wdrożenie do codziennej praktyki kompleksowego programu profilaktycznego dostosowanego do realizacji we wszystkich typach domów pomocy społecznej można zatem interpretować jako szczególny przypadek deinstytucjonalizacji profilaktyki uzależnień w domach pomocy społecznej.

Mieszkańcy domów pomocy społecznej stanowią także grupę mniejszościową przestrzeganą przez pryzmat negatywnych stereotypów społecznych, to znaczy takich, które definiują osoby starsze jako chore i zależne od innych. Może to nasilać osamotnienie mieszkańców domów pomocy społecznej, pogłębiając w ten sposób problemy alkoholowe. Socjologiczne teorie uzależnienia od substancji psychoaktywnych wskazują bowiem na konieczność uwzględnienia czynników społecznych związanych z etiologią uzależnień (Świątkiewicz 2011). Jednym z celów terapii uzależnienia jest przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu pacjentów z powodu antyspołecznych konsekwencji upijania się. Tworzenie specjalnych typów domów pomocy społecznej wyłącznie dla osób uzależnionych od alkoholu może nasilić negatywne stereotypy wobec ich mieszkańców, a więc torpedować oddziaływania terapeutyczne (Świątkiewicz 2011).

Ustawodawca nie przewidział także możliwości tworzenia domów pomocy społecznej wyłącznie dla osób uzależnionych od narkotyków ani cierpiących z powodu nałogowych czynności. Ewentualne zakwalifikowanie osoby uzależnionej jednocześnie od alkoholu i narkotyków lub z problemem nałogowych czynności pozostaje w zakresie swobodnej decyzji dyrektorów poszczególnych domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu.

Biorąc pod uwagę powyższe, w ramach wyrównywania szans dostępu do dobrej jakości profilaktyki i terapii uzależnień oraz promocji zdrowia wśród mieszkańców domów

Tabela 2. Główne wyzwania związane z terapią i profilaktyką uzależnień wśród mieszkańców domów pomocy społecznej w Polsce

- Brak rzetelnych danych epidemiologicznych na temat rozpowszechnienia problemów związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych oraz nałogowymi czynnościami wśród mieszkańców domów pomocy społecznej.
- Brak oferty terapeutycznej dla osób używających substancji psychoaktywnych w sposób szkodliwy.
- Ograniczony dostęp mieszkańców z problemem alkoholowym do pobytu w domach pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu.
- Brak walidacji skuteczności oferowanych oddziaływań terapeutycznych w domach pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu.
- Nieadekwatny do potrzeb pracowników domów pomocy społecznej system szkoleń.

Źródło: Opracowanie własne.

pomocy społecznej wciąż jest sporo do zrobienia. Najważniejsze wyzwania – zdaniem autora – stojące przed praktykami zajmującymi się tematyką uzależnień w domach pomocy społecznej podsumowano w tabeli 2. Lista ta nie stanowi katalogu zamkniętego. Służyć ma wywołaniu dyskusji wśród specjalistów opieki społecznej na temat sposobów podniesienia jakości opieki nad uzależnionymi mieszkańcami domów opieki społecznej.

Spożywanie alkoholu a prawa mieszkańców w pozostałych sześciu typach domów pomocy społecznej

Mieszkańcy wszystkich typów domów pomocy społecznej mają zagwarantowaną możliwość korzystania z systemu opieki zdrowotnej w środowisku zamieszkania. Oznacza to również dostęp do psychoterapii uzależnienia w lokalnych poradniach terapii uzależnień. Trzeba jednak zaznaczyć, że praca z klientem (pacjentem) uzależnionym i jednocześnie osobą niesamodzielną życiowo – mieszkańcem domu pomocy społecznej – może stanowić dla terapeuty uzależnień duże wyzwanie. Mieszkańcy domów pomocy społecznej często cierpią bowiem z powodu wielu chorób, w tym także psychicznych. Przejawiają również zaburzenia osobowości utrudniające prowadzenie u nich psychoterapii (Cierpiąłkowska, Frączek 2017). Czy można pozostawić takie osoby bez pomocy w zakresie profilaktyki i terapii uzależnień?

Ze względu na stopień nasilenia problemów zdrowotnych i społecznych u osób chorych psychicznie i uzależnionych uważa się, że ich terapią uzależnienia powinni zajmować się najwybitniejsi specjaliści w tej dziedzinie. Często dzieje się jednak tak, że psychoterapią osób cierpiących z powodu zaburzeń psychotycznych zajmują się początkujący psychoterapeuci (Tomalski 2014). Trudna sytuacja materialna i bytowa, osamotnienie, podeszły wiek również utrudniają wzbudzenie motywacji do trzeźwienia (Fudała 2017). Terapeuta uzależnień zainteresowany pomaganiem mieszkańcom domów pomocy społecznej musi więc być bardzo dobrze przygotowany merytorycznie do pracy z takimi klientami.

Brakującym ogniwem wsparcia mieszkańców domów pomocy społecznej jest także ograniczona oferta dobrej jakości szkoleń dla terapeutów uzależnień chcących

specjalizować się w pracy z pensjonariuszami różnych typów domów pomocy społecznej. Obecny system szkoleń pracowników domów pomocy społecznej oraz psychologów jest zdominowany przez prywatnych przedsiębiorców oferujących szkolenia o różnej jakości. Podstawowym kryterium przy wyborze oferty przeprowadzenia szkolenia jest bowiem kryterium najniższej ceny. Doświadczenie oferenta oraz jakość usług szkoleniowych schodzi na dalszy plan (Urbaniak 2016). Biorąc pod uwagę powyższe, można zaryzykować stwierdzenie, że mieszkańcy domów pomocy społecznej mają dostęp do terapii uzależnień w środowisku zamieszkania, ale jest to możliwość bardziej teoretyczna niż praktyczna.

Rozdźwięk między prawami mieszkańców domów pomocy społecznej a koniecznością prowadzenia oddziaływań profilaktyki uzależnień najdobitniej widać w przypadku problemów alkoholowych. Na podstawie wizytacji przeprowadzonych w latach 2008–2016 w ramach KMPT ujawniono wiele działań kierowników i pracowników domów pomocy społecznej w stosunku do nadużywających alkoholu mieszkańców, które stanowią pogwałcenie praw człowieka i mieszkańca. Najczęściej występującą formą nieprawidłowości było wprowadzenie zapisu do regulaminu działania domu pomocy społecznej odnośnie do całkowitego zakazu spożywania alkoholu na terenie domu. W polskim porządku prawnym brakuje jednak regulacji, na podstawie których można byłoby uzasadnić taką restrykcję (Rzecznik Praw Obywatelskich 2017a, 2017b).

W trakcie wizytacji domów pomocy społecznej zaobserwowano również przykłady złych praktyk, ukierunkowanych na karanie mieszkańców za złamanie abstynencji (tabela 3). Niektóre z zaobserwowanych działań były także niehumanitarne (na przykład uwięzienie w łóżku przez odebranie dostępu do wózka inwalidzkiego osobie z niepełnosprawnością ruchową). Oprócz praktyk karząco-dyscyplinujących wobec osób, które złamały abstynencję, przedstawiciele KMPT zaobserwowali również nieprawidłowości w działaniach ukierunkowanych na zapobieganie spożywaniu alkoholu przez mieszkańców domów pomocy społecznej (tabela 4). Należy zatem zawsze analizować podejmowane działania na polu profilaktyki i terapii uzależnień pod względem ich legalności oraz aspektu etycznego.

Pojawia się również wątpliwość natury etycznej, czy można odmówić mieszkańcowi domu pomocy społecznej dostępu do alkoholu, jeśli doświadcza stanu silnego głodu alkoholowego, a jednocześnie pozostaje bez leczenia farmakologicznego i wsparcia psychoterapeutycznego. W celu wypracowania najlepszego sposobu udzielenia pomocy takiej osobie pracownicy wszystkich typów domów pomocy społecznej mają prawo zwrócić się do Gminnych Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych z wnioskiem o wskazanie możliwości podjęcia terapii uzależnienia przez mieszkańca. Praktyka życia codziennego wskazuje jednak, że działalność gminnych komisji cechuje się raczej nikłą skutecznością oferowanych działań¹⁴ (Świątczak 2015). Potencjalnie jednak zacieśnienie współpracy między gminną komisją a domami pomocy społecznej może być ciekawym pomysłem. Dyrektorzy domów pomocy społecznej mają bowiem

¹⁴ <https://www.nik.gov.pl/plik/id,10928,vp,13273.pdf> (dostęp: 16.08.2019).

Tabela 3. Przykłady niedopuszczalnych działań dyscyplinujących stosowanych wobec mieszkańców domów pomocy społecznej, którzy złamali abstynencję, ujawnionych w ramach Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w latach 2008–2016 w Polsce

Niedopuszczalne działania dyscyplinujące	Nazwa domu pomocy społecznej, w którym ujawniono nieprawidłowości
Czasowe ograniczenie wyjść poza teren domu	Dom Pomocy Społecznej „Wrzos” w Ostrołęce, Dom Pomocy Społecznej w Końskich, Dom Pomocy Społecznej w Pęcławicach Górnych
Zakaz wyjścia poza placówkę	Dom Pomocy Społecznej w Jarominie, Dom Pomocy Społecznej nr 4 w Łodzi
Zakaz uczestnictwa w wyjazdach i imprezach organizowanych przez dom	Dom Pomocy Społecznej w Bielsku-Białej, Dom Pomocy Społecznej w Psarskich, Dom Pomocy Społecznej nr 1 w Grudziądzu, Dom Pomocy Społecznej „Seniora Naftowca” w Krakowie
Ograniczenie swobody dysponowania środkami finansowymi	Dom Pomocy Społecznej w Pęcławicach Górnych
Czasowe wstrzymanie wypłaty środków finansowych	Dom Pomocy Społecznej w Końskich, Dom Pomocy Społecznej w Górnice
Postawienie przed sądem koleżeńskim, który najczęściej orzekał karę wykonania prac porządkowych lub ograniczenia wyjść poza placówkę	Dom Pomocy Społecznej w Pińczowie
Zmiana pokoju mieszkalnego	Dom Pomocy Społecznej w Pęcławicach, Dom Pomocy Społecznej w Górze Kalwarii
Przeniesienie do pokoju o niższym standardzie	Dom Pomocy Społecznej w Słupsku, Dom Pomocy Społecznej we Wrocławiu przy ulicy Mącznej 3, Dom Pomocy Społecznej „Zacisze” w Katowicach
Obowiązek noszenia piżamy całą dobę	Dom Pomocy Społecznej w Legnickim Polu, Dom Pomocy Społecznej w Węgorzewie
Unieruchomienie w łóżku przez odebranie dostępu do wózka inwalidzkiego osobie z niepełnosprawnością ruchową	Dom Pomocy Społecznej w Olkuszu
Zakaz ubierania się	
Zakaz udziału w zabawach towarzyskich	
Uczestnictwo opiekuna domu pomocy społecznej w trakcie prywatnych spotkań pensjonariuszki z osobami spoza placówki	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Rzecznik Praw Obywatelskich (2017a). Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych, z niepełnosprawnościami?* Raport z działalności RPO Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur. Warszawa.

możliwość zaproszenia przedstawicieli gminnych komisji do współtworzenia procedur radzenia sobie z przemocą i kierowania na terapię uzależnienia nadużywających alkoholu mieszkańców domów.

W praktyce funkcjonowania domów pomocy społecznej oraz w literaturze przedmiotu brakuje bowiem opisu jednakowej procedury postępowania wobec upojonego alkoholem mieszkańca. Zwraca na ten fakt uwagę również Rzecznik Praw Obywatelskich (2017a). Trzeba bowiem zaznaczyć, że odurzenie alkoholem sprzyja występowaniu agresji i przemocy. Niejednokrotnie skutkuje to koniecznością zastosowania przymusu

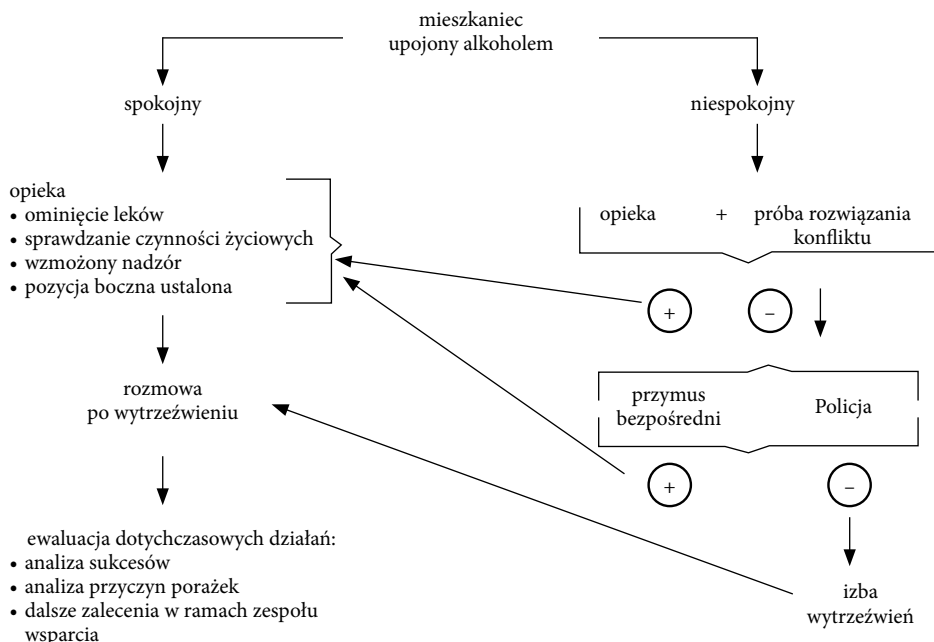
Tabela 4. Wykaz czynności zabronionych wobec mieszkańców domu pomocy społecznej w zakresie ograniczania możliwości spożywania alkoholu na terenie domu w odniesieniu do konstytucyjnych praw polskich obywateli

Czynność zabroniona	Podstawa prawna	Pełne brzmienie przytoczonych artykułów Konstytucji RP
Konfiskowanie alkoholu Utylizacja znalezionej alkoholu Zobowiązanie mieszkańca do wylania znalezionej alkoholu	Konstytucyjna ochrona praw własności (art. 64 ust. 1 oraz 3 Konstytucji RP)	1. Każdy ma prawo do własności, innych praw majątkowych oraz prawo dziedziczenia. 3. Własność może być ograniczona tylko w drodze ustawy i tylko w zakresie, w jakim nie narusza ona istoty prawa własności.
Przeszukiwanie rzeczy osobistych mieszkańców oraz ich pokoi*	Konstytucyjna zasada nienaruszalności mieszkania (art. 50 Konstytucji RP)	Zapewnia się nienaruszalność mieszkania. Przeszukanie mieszkania, pomieszczenia lub pojazdu może nastąpić jedynie w przypadkach określonych w ustawie i w sposób w niej określony.
Poddawanie mieszkańców kontroli osobistej Kontrolowanie zakupionych produktów Przeszukiwanie i kontrolowanie rzeczy wnoszonych przez osoby odwiedzające dom pomocy społecznej	Konstytucyjna ochrona zasady życia prywatnego (art. 47 Konstytucji RP) Konstytucyjna ochrona wolności osobistej (art. 31 ust. 1 oraz 3 Konstytucji RP)	Każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym. Wolność człowieka podlega ochronie prawnej. Ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw.
* Prawo do poszanowania zarówno swojego życia prywatnego, jak i mieszkania wynika również z art. 8 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, nadającej prawo do swobodnego korzystania z przestrzeni domu, a nie tylko fizycznej integralności domu.		

Źródło: Opracowanie własne.

bezpośredniego wobec pijanego mieszkańca domu pomocy społecznej. Używanie siły i jakichkolwiek metod obezwładniających mieszkańca powinno być jednak ograniczone do minimum i dokonywane przede wszystkim z poszanowaniem godności osoby.

W sytuacjach konfliktowych wykorzystanie elementów dialogu motywującego przez pracowników domów pomocy społecznej może przynieść pozytywny rezultat i przyczynić się do zażegnania sporu – bez konieczności stosowania przymusu bezpośredniego. Pomocne może być także zastosowanie techniki nefarmakologicznej deeskalacji napięcia, na przykład poprzez unikanie zachowań prowokacyjnych, okazywanie empatii, szacunku i eliminację sytuacji zawstydzających osobę pobudzoną itp. (Novitsky, Julius, Dubin 2010) W razie potrzeby należy także wezwać pogotowie ratunkowe oraz policję (rycyna 1).



Rycina 1. Sugerowana procedura postępowania z upojonym alkoholem mieszkańcem domu pomocy społecznej z uwzględnieniem interwencji służb porządkowych

Źródło: Opracowanie własne.

Rzecznik Praw Obywatelskich zwraca również uwagę na brak w raportach z dyżurów personelu pielęgniarskiego lub opiekuńczego informacji na temat sposobów radzenia sobie z ewentualnymi przejawami agresji i przemocy ze strony podopiecznych. Rzecznik Praw Obywatelskich rekomenduje więc, aby w przypadku podjęcia interwencji stosować się do zapisów Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego odnośnie do prowadzenia rejestru zastosowania przymusu bezpośredniego, sporządzanego w postaci kart zastosowania przymusu bezpośredniego według wzorów dokumentacji medycznej określonej w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia (Rzecznik Praw Obywatelskich 2017b)^{15,16}. Pozwoli to ocenić skuteczność podjętych działań przez pracowników domów pomocy społecznej w dłuższej perspektywie czasu oraz zabezpieczy kierownictwo oraz organ prowadzący dom pomocy społecznej przed ewentualnymi negatywnymi skutkami prawnymi wynikającymi ze skargi na działania pracowników.

¹⁵ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 Nr 111 poz. 535).

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 roku w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz.U. 2018 poz. 2459).

Obok radzenia sobie z przemocą i agresją mieszkańców domów pomocy społecznej kolejnym elementem problemowym jest rekwirowanie rzeczy i sprzętów pijanych mieszkańców (na przykład co zrobić z niedopitym alkoholem lub w jaki sposób postępować, gdy ktoś jest już nietrzeźwy, a chce pić dalej). Zdarzają się również sytuacje, w których nietrzeźwy mieszkaniec domu pomocy społecznej zaczyna palić papierosy w miejscu do tego nieprzeznaczonym, na przykład w pokoju lub w łazience. Grozi to zaproszeniem ognia i wybuchem pożaru. Obowiązkiem personelu domu pomocy społecznej jest zatem zapobiegnięcie zdarzeniom niepożądanym i ochrona wszystkich osób przebywających na terenie domu pomocy społecznej przed zagrożeniami. W konsekwencji należy więc odebrać takiemu mieszkańcowi papierosy. Może to być jednak uznane za naruszenie prawa własności mieszkańca domu pomocy społecznej.

Prawa wolnych od uzależnień mieszkańców domu pomocy społecznej w zakresie profilaktyki uzależnień, terapii współuzależnienia oraz promocji zdrowia

Osoby umieszczone w domu pomocy społecznej nie mogą łatwo zmienić miejsca zamieszkania, a nawet pokoju, który ewentualnie dzielą z kimś uzależnionym. Niepijący współmieszkańcy są więc grupą szczególnie narażoną na negatywne skutki nadużywania alkoholu na terenie domu pomocy społecznej. Mają więc prawo do dostępu do programów profilaktyki uniwersalnej, selektywnej oraz wskazującej w zakresie przeciwdziałania negatywnym skutkom zdrowotnym, spowodowanym koniecznością mieszkania z osobami uzależnionymi. Promocja zdrowia wśród niepijących mieszkańców również powinna być prowadzona. Na nieadekwatną do potrzeb ochronę praw wolnych od uzależnień mieszkańców domów pomocy społecznej zwrócił jednak uwagę Rzecznik Praw Obywatelskich w raporcie na temat przestrzegania praw mieszkańców w domach pomocy społecznej (Rzecznik Praw Obywatelskich 2017a).

W przypadku ochrony praw mieszkańców domów pomocy społecznej, którzy są wolni od uzależnień, a mogą cierpieć z powodu problemu uzależnień w miejscu zamieszkania, wysuwają się dwie kwestie. Przede wszystkim nie jest znana skala tego zjawiska. Niechęć decydentów do ujawniania problemów na forum publicznym może również stać na przeszkodzie w zbieraniu rzetelnych informacji na temat problemów wolnych od uzależnień mieszkańców domów pomocy społecznej. Nie prowadzi się bowiem ewidencji w tym zakresie.

Cierpienie nieuzależnionych mieszkańców domów pomocy społecznej z powodu konieczności wspólnego mieszkania z ludźmi uzależnionymi może mieć różne przyczyny. Powodem może być na przykład konieczność znoszenia hałasu i awantur wszczynanych przez odurzonego współlokatora (Rzecznik Praw Obywatelskich 2017a). Niepijący mieszkańcy domu pomocy społecznej o cechach osobowości zależnej mogą się stać także ofiarami nadużyć i wykorzystywania ze strony uzależnionych współmieszkańców. W przypadku gdy mieszkaniec domu pomocy społecznej zaczyna funkcjonować

w bliskiej relacji intymnej z inną osobą mieszkającą w domu pomocy społecznej i uzależnioną, może dochodzić także do rozwoju współuzależnienia (Mroczek, Kurpas 2013; Załuska, Kossowska-Lubowicka 2009).

Stan nadmiernego zaangażowania się w relację z kimś uzależnionym od alkoholu nosi bowiem nazwę współuzależnienia (Załuska, Kossowska-Lubowicka 2009). Osoba współuzależniona podejmuje próby kontrolowania ilości i częstości spożywania alkoholu przez osobę uzależnioną. Poczucie wartości osoby współuzależnionej zależy od skuteczności powstrzymywania uzależnionego partnera od picia alkoholu. W związku z tym, że istotą uzależnienia jest upośledzona kontrola nad spożywaniem alkoholu, osoba chora i tak się upija. Im więcej wysiłku wkłada osoba bliska komuś uzależnionemu w pomoc w zaprzestaniu picia, tym trudniej jest się osobie współuzależnionej wyplątać z takiej relacji. Jest to tak zwana pułapka współuzależnienia (Hędzulek, Wnuk, Marcinkowski 2009). Oprócz tego życie z kimś uzależnionym wiąże się z nieustannym narażeniem na nieprzewidziane zdarzenia, rozstrojem emocjonalnym oraz brakiem poczucia stabilności życiowej. Wszystko to skutkuje problemami ze zdrowiem psychicznym i somatycznym osób współuzależnionych (Załuska, Kossowska-Lubowicka 2009).

Współuzależnienie nie jest jednak jedyną przykrą konsekwencją dzielenia życia z kimś uzależnionym od alkoholu. Osoby cierpiące w swoim dorosłym życiu z powodu konsekwencji wzrastania w domu z problemem alkoholowym nazywa się dorosłymi dziećmi alkoholika (dda) (Kałdon 2015). Syndrom dda przejawia się między innymi trudnościami w nawiązywaniu i podtrzymywaniu bliskich, intymnych relacji oraz kłopotami z utrzymaniem pracy z powodu konfliktów z innymi współpracownikami i przełożonymi. Osoby dda mają również problemy ze zdrowiem psychicznym, takie jak na przykład zaburzenia osobowości, stany depresyjne, lękowe, aż po zaburzenia psycho-tyczne (Kałdon 2015). Brakuje jednak wyników badań naukowych wskazujących, czy współuzależnienie i syndrom dda mogą stanowić czynniki ryzyka umieszczenia kogoś w domu pomocy społecznej. Niemniej jednak na podstawie obserwacji w polskiej populacji ogólnej można przypuszczać, że mieszkańcy domów pomocy społecznej również mogą borykać się z przykrymi konsekwencjami dorastania w rodzinach z problemem alkoholowym. Szacuje się bowiem, że w Polsce liczba osób wzrastających w domach z problemem alkoholowym może wynosić około trzech milionów¹⁷.

W kontekście praw mieszkańców domów pomocy społecznej należy zatem zauważyć, że pensjonariusze wszystkich typów domów pomocy społecznej, przejawiający cechy współuzależnienia i dda, również mają zagwarantowany dostęp do bezpłatnej psychoterapii w ogólnodostępnych ośrodkach terapii uzależnień¹⁸. Skala rozpowszechnienia problemów związanych z konsekwencjami współuzależnienia i syndromu dda wśród mieszkańców domów pomocy społecznej pozostaje jednak nieznana. Ze względu na zaawansowany wiek oraz zły stan zdrowia mieszkańców domów pomocy społecznej można się spodziewać, że potrzeba dostępu do psychoterapii współuzależnienia i syndromu

¹⁷ <http://www.parpa.pl/index.php/33-analazy-badania-raporty> (dostęp: 17.08.2019).

¹⁸ <https://www.parpa.pl/index.php/rodzina-dzieci> (dostęp: 17.08.2019).

Tabela 5. Główne obszary problemowe związane z ochroną nieuzależnionych mieszkańców domów pomocy społecznej przed negatywnymi konsekwencjami wspólnego mieszkania z osobami o różnym stopniu nasilenia problemów uzależnień od czynników chemicznych i nałogowych czynności

- Brak rzetelnych danych ilościowych oraz jakościowych na temat skali rozpowszechnienia problemów związanych z agresją i przemocą wobec wolnych od uzależnień mieszkańców domów pomocy społecznej ze strony uzależnionych pensjonariuszy.
- Brak oddziaływań profilaktycznych ukierunkowanych na przeciwdziałanie rozpijaniu współmieszkańców domów pomocy społecznej przez innych mieszkańców z nasilonym problemem uzależnień.
- Brak oddziaływań terapeutycznych i profilaktycznych ukierunkowanych na przeciwdziałanie współuzależnieniu wśród mieszkańców domów pomocy społecznej.
- Nieadekwatny do potrzeb pracowników domów pomocy społecznej system szkoleń w zakresie radzenia sobie z przejawami współuzależnienia i syndromu dorosłego dziecka alkoholika wśród mieszkańców.

Źródło: Opracowanie własne.

dda nie jest zjawiskiem masowym. Niemniej jednak zadaniem każdego rodzaju domu pomocy społecznej jest zorganizowanie mieszkańcom możliwości korzystania z oferty ośrodków terapii uzależnień świadczących terapię współuzależnienia i dda w pobliżu ich miejsca zamieszkania.

Wyzwania stojące przed specjalistami zainteresowanymi wdrożeniem programów pomocowych dla wolnych od uzależnień mieszkańców domów pomocy społecznej w zakresie profilaktyki uzależnień i współuzależnienia przedstawiono w tabeli 5. Niewątpliwie sprawnie działający system wsparcia dla niepijących mieszkańców domów pomocy społecznej, cierpiących z powodu picia współmieszkańców, powinien być dostosowany do indywidualnych potrzeb pensjonariuszy. Obecnie nie ma jednak obowiązku udzielania wsparcia wolnym od uzależnień mieszkańcom domów pomocy społecznej w zakresie profilaktyki uzależnień i promocji zdrowia.

Wczesne wykrywanie szkodliwego korzystania z substancji psychoaktywnych i przeciwdziałanie na przykład rozpijaniu mieszkańców domów pomocy społecznej przez już uzależnionych pensjonariuszy jest niezwykle ważne dla podtrzymania zdrowia podopiecznych domów pomocy społecznej. Autor artykułu postuluje więc wprowadzenie następujących rozwiązań mających na celu dostrzeżenie i przeciwdziałanie problemom zdrowia psychicznego wolnych od uzależnień mieszkańców domów pomocy społecznej: (a) zbieranie i upublicznianie informacji na temat liczby mieszkańców w danym domu pomocy społecznej dzielących pokój z osobami nadużywającymi alkoholu i innych środków psychoaktywnych; (b) monitorowanie liczby incydentów w przestrzeni publicznej w domach pomocy społecznej, mających związek z antyspołecznym zachowaniem upojonych alkoholem mieszkańców; (c) prowadzenie rozmów z niepijącymi mieszkańcami na temat możliwych do wprowadzenia rozwiązań mających na celu ograniczenie szkód spowodowanych antyspołecznym zachowaniem upojonych alkoholem współmieszkańców; (d) monitorowanie wzorca używania substancji odurzających przez nieuzależnionych mieszkańców.

Podsumowanie

Dużym ograniczeniem tego artykułu jest nieuwzględnienie głosu dyrekcji domu pomocy społecznej dla osób uzależnionych z Krakowa oraz z domów pomocy społecznej, w których funkcjonują pododdziały dla osób uzależnionych. Niemniej jednak niniejsza praca ma charakter przeglądowy. Być może, w przyszłości ktoś wykona badania nad sposobami postrzegania funkcjonowania domów pomocy dla osób uzależnionych od alkoholu przez decydentów, pracowników i mieszkańców.

Jak już wcześniej wielokrotnie wspomniano, osoby umieszczone w domu pomocy społecznej są bardzo schorowane i często również nieporadne życiowo. Wzbudzają więc u osób zdrowych odruchy „naprawcze”, mające na celu ochronę słabszych przed negatywnymi skutkami ich decyzji. Często jednak dobre intencje mogą prowadzić do łamania praw osób zależnych. Uwzględnienie więc praw mieszkańców domów pomocy społecznej w oddziaływaniach profilaktycznych i terapeutycznych oraz w promocji zdrowia jest konieczne. Prawa mieszkańców stanowią bowiem element zabezpieczający mieszkańców domów pomocy społecznej przed nadużyciami i łamaniem ich praw.

Stopień przestrzegania praw mieszkańców domów pomocy społecznej przez profesjonalistów zajmujących się pomocą, terapią i profilaktyką uzależnień stanowi również swojego rodzaju miernik rozwoju społeczeństwa obywatelskiego w Polsce. Stopień zaangażowania pracowników domów pomocy społecznej w przestrzeganie obowiązującego w Polsce prawa w odniesieniu do funkcjonowania mieszkańców w instytucji opiekuńczej wskazuje bowiem na poziom rozwoju wrażliwości społecznej obywateli.

Bibliografia

- Cierpiałkowska L., Frączek A. (2017). *Przymierze terapeutyczne w terapii zaburzeń osobowości z perspektywy analizy transakcyjnej*. „Edukacyjna Analiza Transakcyjna”, 6: 129–144.
- Frąckowiak M., Motyka M. (2015). *Charakterystyka problemów społecznych związanych z nadużywaniem alkoholu*. „HYGEIA Public Health”, 50, 2: 314–322.
- Fudała J. (2017). *Rozwiązywanie problemów alkoholowych w domach pomocy społecznej*. „Świat Problemów”; <http://www.swiatproblemow.pl/rozwiazywanie-problemow-alkoholowych-w-domach-pomocy-spoecznej/> (dostęp: 15.08.2019).
- Głowik T. (2014). *Pacjenci mają różny numer butów, czyli o pułapkach integracyjnej psychoterapii uzależnień (podejście strategiczno-strukturalne)*. „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, 3: 4–11.
- Grabusińska Z. (2010). *Problematyka osób uzależnionych od alkoholu zamieszkujących domy pomocy społecznej*. ROPS w Opolu, Opole: 5–6.
- Grygiel G. (2015). *Przeciwdziałanie negatywnym skutkom uzależnienia od alkoholu mieszkańców domów pomocy społecznej*. „Praca Socjalna”, 1: 137–138.
- Habrat B. (2017). *O terminologii i pozycji nozologicznej tzw. nałogów behawioralnych*. „Serwis Informacyjny Uzależnienia”, 1, 77: 25–29.

- Habrat B. (2010). *Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych. Systemy diagnostyczne, klasyfikacje, terminologia*. „Akademia Psychiatrii”; 7 (2): 75–81.
- Hędzulek M., Wnuk M., Marcinkowski J.T. (2009). *Choroba współuzależnienia od alkoholu – diagnoza, konsekwencje, leczenie*. „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 90 (3): 309–315.
- Kałdon B. (2015). *Wybrane aspekty funkcjonowania dorosłych dzieci alkoholików w życiu społecznym*. „SEMINARE”, 36 (3): 95–106.
- Klimkiewicz A., Klimkiewicz J., Jakubczyk A., Kieres-Salomoński I., Wojnar M. (2015). *Współwystępowanie uzależnienia od alkoholu wraz z innymi zaburzeniami psychicznymi. Część II. Patogeneza i leczenie*. „Psychiatria Polska”, 49 (2): 227–294.
- Kołąkowski P.R. (2011). *Psycholog i terapeuta jako świadek przed sądem*. „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia”, 2: 20–22.
- Lelonek-Kuleta B. (2015). *Uzależnienia behawioralne na tle współczesnej wiedzy o uzależnieniach*. „Studia Społeczne”, 12 (1): 97–103.
- Lelonek-Kuleta B., Chwaszcz J. (2011). *Polskie zasoby instytucjonalne i osobowe w obszarze profilaktyki i terapii uzależnień behawioralnych w tym hazardu*. Stowarzyszenie Natanaelum, Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii. DOI: 10.13140/RG.2.2.10539.08488. <https://depot.ceon.pl/handle/123456789/3638>.
- Marcinkowski J.T. (2011). *Epidemiologia uzależnień w Polsce – ze szczególnym uwzględnieniem zawodów medycznych*. „Hygeia Public Health”, 46 (3): 334–338.
- Moskalewicz J., Room R., Thom B. (2016). *Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future actions. Synthesis report*; <https://www.parpa.pl/images/file/Comparative%20monitoring%20of%20alcohol%20epidemiology%20across%20the%20EU.pdf> (dostęp: 25.11.2019).
- Moskalewicz J., Wieczorek Ł. (2009). *Dostępność, konsumpcja alkoholu i konsekwencje picia alkoholu – trzy dekady doświadczeń*. „Alkoholizm i Narkomania”, 22 (4): 305–337.
- Mroczek B., Kurpas D. (2013). *Potrzeby psychoseksualne mieszkańców domów pomocy społecznej*. „Family Medicine and Primary Care Review”, 15 (3): 467–470.
- Novitsky M.A., Julius R.J., Dubin W.R. (2010). *Niefarmakologiczne radzenie sobie z przemocą w nagłych przypadkach w psychiatrii*. „Psychiatria po Dyplomie”, 7 (1): 20–24.
- Ostaszewski K. (2010). *Kompendium wiedzy o profilaktyce. Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki*. Fundacja ETOH, Warszawa: 73–95.
- Polok G. (2018). *Problem dda i ddd w perspektywie współodpowiedzialności za innych*; https://ziladoc.com/download/problem-dda-i-ddd-w-perspektywie_pdf (dostęp: 25.11.2019).
- Prot-Klinger K. (2013). *Psychiatria środowiskowa między romantyzmem a pozytywizmem. Próba integracji podejść*. „Psychiatria Polska”, 10 (3–4): 101–108.
- Rzecznik Praw Obywatelskich (2017a). *Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej. Jak wspólnie zadbać o godne życie osób starszych, chorych, z niepełnosprawnościami? Raport z działalności RPO Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur*. Warszawa.
- Rzecznik Praw Obywatelskich (2017b). *Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur w roku 2016*. Warszawa.

- Szafranek A. (2018). *Problem nadużywania alkoholu przez osoby starsze zamieszkujące domy pomocy społecznej – aspekty prawno-społeczne i wyzwania dla edukacji*. „Pedagogika Społeczna”, XVII/2018, 3 (69): 203–219.
- Szochnier-Siemiąska M. (2018). *Placówki dzienne i całodobowe w systemie opieki społecznej*. Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa.
- Świątczak P. (2015). *Rola samorządów gminnych w profilaktyce i rozwiązywaniu problemów alkoholowych*. „Civitas Hominibus”, 10: 181–184.
- Świątkiewicz G. (2011). *Socjologia uzależnień – krótki przegląd najważniejszych teorii socjologii problemów społecznych*. „Psychiatria po Dyplomie”, 8 (4): 67–70.
- Tomalski R. (2014). *Terapia psychozy*. „Psychoterapia”, 3 (170): 47–56.
- Urbaniak B. (2016). *Zmiany w zarządzaniu zasobami ludzkimi w pomocy społecznej. Przykład domów pomocy społecznej w Łodzi*. „Studia Oeconomica Posnaniensa”, 4 (8): 47–69.
- Wnuk M., Marcinkowski J.T. (2012). *Alkoholizm – przegląd koncepcji oraz metod leczenia*. „Hygeia Public Health”, 47 (1): 49–55.
- Woronowicz B. (2009). *Uzależnienia: geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Wyd II. Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań.
- Załuska M., Kossowska-Lubowicka A. (2009). *Współuzależnienie i zespół stresu pourazowego w rodzinie alkoholowej*. „Studia nad Rodziną UKSW”, 13 (12) (24–25): 312–322.
- Zbyrad T. (2014). *Od instytucji totalnej ku demokratycznej? Domy pomocy społecznej w Polsce*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.
- Zbyrad T. (2012). *Instytucje opieki totalnej jako forma zniewolenia i kontroli nad człowiekiem potrzebującym pomocy – na przykładzie domów pomocy społecznej*. „Roczniki Nauk Społecznych”, 4 (2): 51–69.

Akty prawne

- Ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U. 2019 poz. 1507).
- Ustawa z dnia 22 lutego 2013 roku o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2013 poz. 182 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982 Nr 35 poz. 230).
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 Nr 52 poz. 417).
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 Nr 111 poz. 535).
- Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 stycznia 2017 roku (Dz.U. z 2017 poz. 224).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2018 roku w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi (Dz.U. 2018 poz. 2459).

Źródła internetowe

<https://www.dps.mcpcu.krakow.pl/> (dostęp: 25.11.2019).

<http://dps-nr2.prv.pl/> (dostęp: 25.11.2019).

<http://dpspleszew.pl/> (dostęp: 25.11.2019).

<https://www.nik.gov.pl/plik/id,10928,vp,13273.pdf> (dostęp: 25.11.2019).

<http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=01FB93C8> (dostęp: 25.11.2019).

<https://www.parpa.pl/index.php/lecznictwo-odwykowe/metody-leczenia-uzaleznienia-od-alkoholu> (dostęp: 25.11.2019).

<https://babinski.pl/oddzial-oru/> (dostęp: 25.11.2019).

<http://www.parpa.pl/index.php/33-analazy-badania-raporty> (dostęp: 25.11.2019).

<https://www.parpa.pl/index.php/rodzina-dzieci> (dostęp: 25.11.2019).