

**Projekt**

z dnia 16 kwietnia 2013 r.  
Zatwierdzony przez .....

(2013/029506)

**Uchwała Nr .....  
Rady Miasta Rybnika**

z dnia ..... 2013 r.

**w sprawie udzielenia dotacji na realizację programu zdrowotnego „Uzależnienie, współuzależnienie i co dalej?” przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Leczenia Uzależnień, Opieki Psychiatrycznej i Pomocy Rodzinie „INTEGRUM” w Rybniku**

Na podstawie:

- art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz.1591 ze zm.)
- art. 115 ust. 3, w związku z art. 114 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r. poz. 217)

na wniosek Prezydenta Miasta, po zaopiniowaniu przez Komisję Finansów oraz Komisję Zdrowia i Pomocy Społecznej

**Rada Miasta Rybnika**

**uchwała:**

**§ 1.** Udziela się z budżetu Miasta Rybnika dotacji w wysokości 137.800 zł (sto trzydzieści siedem tysięcy osiemset złotych 00/100) Niepublicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej Ośrodkowi Leczenia Uzależnień, Opieki Psychiatrycznej i Pomocy Rodzinie „INTEGRUM” w Rybniku z przeznaczeniem na realizację programu zdrowotnego „Uzależnienie, współuzależnienie i co dalej?”, który stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

**§ 2.** Szczegółowe zasady udzielenia i rozliczenia dotacji zostaną określone w umowie zawartej z beneficjentem.

**§ 3.** Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr .....

Rady Miasta Rybnika

z dnia.....2013 r.

## **Program zdrowotny "Uzależnienie, współuzależnienie i co dalej?"**

### ***Program zdrowotny Uzależnienie, współuzależnienie i co dalej?***

#### **Roczny program zdrowotny**

#### **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Leczenia Uzależnień, Opieki Psychiatrycznej i Pomocy Rodzinie „INTEGRUM”**

### **1. Opis problemu zdrowotnego**

#### **A. Problem zdrowotny - alkoholizm i współuzależnienie**

##### **ALKOHOLIZM**

Mieszkańcy Unii Europejskiej wypijają największe ilości alkoholu na świecie tj. 11 litrów czystego alkoholu na każdego dorosłego obywatela rocznie, co przekracza dwu i półkrotnie średnią światową (WHO 2004). Według danych GUS, w Polsce w latach 1998–2000 wielkość spożycia napojów alkoholowych utrzymywała się na podobnym poziomie, nieznacznie powyżej 7 litrów stuprocentowego alkoholu w przeliczeniu na jednego mieszkańca. W roku 2001 nastąpił spadek spożycia do poziomu 6,63 litra. Jednak od roku 2003 (po obniżce akcyzy na napoje spirytusowe w roku 2002) notuje się stały, wyraźny wzrost ilości wypijanego alkoholu, aż do 9,58 l w 2008 r.

Alkohol jest jednym z głównych determinantów zdrowia związanych ze stylem życia. Europa jest kontynentem, na którym spożycie alkoholu na głowę jest najwyższe na świecie. W gospodarkach rynkowych o ustalonej pozycji, takich jak państwa członkowskie UE, ocenia się, że obciążenie chorobami i szkody związane z alkoholem wynoszą 8 do 10%. Według badań z 2008 r. w Polsce uzależnionych od alkoholu jest ok. 800 tys. osób, a pijących szkodliwie - ok. 2 mln.

Z tego powodu, walka ze szkodliwym i niebezpiecznym spożywaniem alkoholu jest priorytetem zdrowia publicznego w wielu państwach członkowskich, jak również na poziomie Unii Europejskiej. Niemniej jednak, problemy zdrowotne stanowią tylko jeden aspekt wpływu szkodliwego spożywania alkoholu i dlatego też należy wziąć pod uwagę negatywne skutki społeczne, takie jak: przemoc, chuligaństwo, przestępczość, problemy w rodzinie, wykluczenie społeczne, problemy w pracy i jazda samochodem pod wpływem alkoholu. Wszystkie te obszary wymagają działań politycznych na poziomie krajowym i europejskim. Walka ze szkodliwym i niebezpiecznym spożywaniem alkoholu jest priorytetem zdrowia publicznego w wielu państwach członkowskich oraz na poziomie Unii Europejskiej. Ocenia się, że szkodliwa konsumpcja alkoholu jest przyczyną 195.000 zgonów w UE rocznie. Jest bezpośrednią

przyczyną 7,4% przypadków zachorowań i przedwczesnych zgonów w UE, a także 1 na 4 zgony młodych mężczyzn w wieku 15-29 lat.

## WSPÓLUZALEŻNIENIE

Konsekwencją życia z osobą nadużywającą alkoholu może być współuzależnienie, które nie jest chorobą, lecz utrwaloną reakcją na przewlekłą i niszczącą sytuację życiową wynikającą z picia osoby bliskiej, ograniczającą w sposób istotny swobodę wyboru postępowania prowadzącą do pogorszenia własnego stanu i utrudniającą realistyczne i skuteczne rozwiązanie problemów osobistych i problemów rodziny jako całości. Osoba współuzależniona koncentruje się na szukaniu sposobu ograniczania picia partnera, nieświadomie przejmuje odpowiedzialność i kontrolę za jego funkcjonowanie, co w efekcie utrwala problem alkoholowy w rodzinie.

Systemem realizującym programy psychoterapeutyczne dla osób współuzależnionych jest leczenie odwykowe. Leczenie współuzależnienia wymaga odpowiedniego postępowania terapeutycznego. Leczeniu poddaje się zaledwie ok. 2% tej populacji (w placówkach leczenia odwykowego w 2000 roku zarejestrowano zaledwie niewiele ponad 20 tysięcy osób współuzależnionych), w około 240 placówkach odwykowych. Dzieje się tak mimo istnienia programów psychoterapii, zbudowanych specjalnie dla tej populacji. Jednym z powodów jest zbyt niski poziom finansowania tego typu usług.

## B. Epidemiologia

Według Światowej Organizacji Zdrowia alkohol znajduje się na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji. Ponad 60 rodzajów chorób i urazów ma związek ze spożywaniem alkoholu. Choroby występujące na tle nadużywania alkoholu to przede wszystkim: nadciśnienie tętnicze, choroby wątroby, niektóre typy nowotworów, zaburzenia psychiczne, zwłaszcza o charakterze depresyjnym i lękowym. Nadużywanie alkoholu jest przyczyną uszkodzeń ciała i śmierci w wyniku wypadków, przemocy, zatruc, samobójstwa. Corocznie – z przyczyn bezpośrednio i pośrednio związanych z nadużywaniem alkoholu – umiera w Polsce kilkanaście tysięcy osób.

Według danych Państwowego Zakładu Higieny w ostatnich latach rośnie w Polsce liczba zgonów spowodowanych zatruciem alkoholem, zgonów z powodu marskości wątroby oraz zaburzeń psychicznych wynikających z używania alkoholu.

Długotrwałe używanie alkoholu zwiększa ryzyko zgonu na alkoholową marskość wątroby. W badaniach zrealizowanych w dawnym województwie warszawskim ustalono, iż wśród zmarłych na marskość wątroby w 1981 r. co najmniej 24% przez wiele lat nadużywało alkoholu. Długoletnie trendy zgonów na marskość wątroby silnie korelują ze zmianami w średnim spożyciu alkoholu. W latach 1999-2002, zarówno w kraju jak i w województwie śląskim, odnotowano trend spadkowy powyższego współczynnika, a od 2003 roku następuje jego stopniowy wzrost. W województwie śląskim w 2008 roku wskaźnik zgonów z powodu chorób wątroby był wyższy w stosunku do roku 1999 o 36%, podczas gdy w całym kraju o 29%. W 2008 r. w województwie śląskim zmarło na choroby wątroby 1.395 osób, czyli 30 na 100 tys. mieszkańców. Współczynnik ten dla całego kraju wyniósł 20,2.

Znaczna część pacjentów leczących się w placówkach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej z powodu zaburzeń układu trawiennego, krążenia, neurologicznego, chorób płuc, nowotworów, urazów itd., nadużywa alkoholu – szacuje się, że dotyczy to ok. 2,5–3 mln osób. Stanowi to bardzo poważne obciążenie ekonomiczne dla polskiego systemu ochrony zdrowia, ponieważ leczenie tych pacjentów trwa dłużej i jest mniej efektywne. W latach 1996–2001 rozpoczęto wdrażanie metod wczesnej diagnozy i krótkiej interwencji dla tego rodzaju pacjentów, ale postępy w tej dziedzinie nie są zadawalające.

Szkody zdrowotne występujące u członków rodzin z problemem alkoholowym występują u około 3–4 mln osób i obejmują przede wszystkim schorzenia psychosomatyczne i zaburzenia emocjonalne spowodowane chronicznym stresem i przemocą oraz demoralizację, ubóstwo i obniżenie szans osiągnięcia kariery

zawodowej. Programy pomocy rodzinom prowadzone w placówkach odwykowych obejmują tylko około 30 tys. współuzależnionych osób dorosłych oraz DDA (głównie kobiet). Ponad 77 tys. dzieci alkoholików otrzymuje pomoc w placówkach socjoterapeutycznych. Potrzeby w tym zakresie są co najmniej 10-krotnie większe.

### **C. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu**

W strukturze rozpoznanych mieszkańców województwa śląskiego oraz całego kraju dominuje uzależnienie od alkoholu. W 2008 r. osoby uzależnione od alkoholu stanowiły 75% mieszkańców województwa przyjętych do leczenia z powodu problemu alkoholowego. Analogiczny odsetek w kraju wynosił 73,9%. Odsetki pacjentów z psychozami alkoholowymi kształtowały się odpowiednio na poziomie 13,1% dla województwa i 12,7% dla całego kraju. Ostatnia kategoria diagnoz – inne zaburzenia związane z alkoholem – stanowiła 11,9% w województwie śląskim oraz 13,4% w kraju.

Na podstawie badań przeprowadzonych w województwie śląskim liczba osób pijących nadmiernie (tj. powyżej 12 litrów 100% alkoholu rocznie) wśród ogółu badanych została określona na poziomie 6,3% w 2005 r. oraz 6,9% w 2008 r. Na tej podstawie liczbę pełnoletnich mieszkańców województwa śląskiego pijących nadmiernie możemy oszacować na ok. 290 000 osób. Osoby te znajdują się w sytuacji dużego ryzyka doświadczania różnych problemów alkoholowych.

Uwzględniając działanie naszej placówki, która pracuje od ponad roku czasu proponujemy objąć naszym programem 60 rybniczian zgłaszających się z problemem uzależnienia i współuzależnienia i wyrażających chęć pracy w terapii pogłębionej. Liczbę tę podajemy w oparciu o odnotowaną przez nas zgłaszalność osób, które chciałyby skorzystać z takiej formy terapii. W trakcie naszej rocznej działalności zauważyliśmy, iż średnio co miesiąc o taką formę leczenia zapytuje 5-6 osób. Ilość tych osób wykracza poza gwarantowaną pulę świadczeń finansowanych przez NFZ przeznaczonych dla naszej placówki.

### **D. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

NZOZ - Ośrodek Leczenia Uzależnień, Opieki Psychiatrycznej i Pomocy Rodzinie „INTEGRUM” działa od stycznia 2011 r. Świadczenia w naszej placówce są refundowane w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. W swej ofercie medycznej posiadamy Poradnię Leczenia Uzależnień oraz Oddział Dzienny Odwykowy.

Placówka, mimo iż działa od stycznia ubiegłego roku, skupia coraz większą liczbę pacjentów uzależnionych oraz ich rodzin. Kompleksowość świadczeń wraz z możliwością decydowania o formie leczenia przyczynia się do dużego zadowolenia pacjentów z naszej działalności - co było jednym z głównych celów placówki. Od lutego ubiegłego roku pomocy w Poradni poszukiwały między innymi osoby po zakończonym leczeniu w oddziałach stacjonarnych czy dziennych i od tego też czasu były objęte programem terapeutycznym adekwatnym do ich potrzeb. Dotychczas osoby uzależnione chcące leczyć się w trybie pogłębionego programu leczenia uzależnień uczestniczyły w jednej grupie terapeutycznej oraz w spotkaniach indywidualnych z terapeutą. Pacjenci Ci mają już dość długi czas abstynencji i nadal potrzebują i chcą się leczyć. Jednocześnie duża grupa pacjentów która ukończyła terapię w ramach grupy podstawowej odbywającej się w naszej placówce, także jest zainteresowana dalszym leczeniem. Jeszcze inną grupą pacjentów – co prawda najmniej liczną - są mieszkańcy Rybnika, którzy terapię podstawową ukończyli wiele lat temu. Utrzymują abstynencję, korzystają z grup AA i dopytują o możliwość uczestniczenia w terapii pogłębionej. Przykładem niech będzie kobieta, która ma 11-letnią abstynencję, ale widzi u siebie konieczność dalszej terapii i prosi nas o nią. Zgłaszanie się pacjentów z różną historią trzeźwienia i z różnymi problemami psychologicznymi powoduje, że chcąc adekwatnie odpowiedzieć

na ich potrzeby, chcemy stworzyć możliwość leczenia się w więcej niż jednej grupie terapeutycznej - co było w naszej ofercie dotychczas. Zamierzamy utworzyć trzy grupy terapii pogłębionej, każda z nich na innym stopniu zaawansowania.

Ośrodek dysponuje także grupą terapii dla osób współuzależnionych. Zamierzamy rozszerzyć możliwości pomocy osobom współuzależnionym poprzez wprowadzenie grupy o rozszerzonej tematyce z tego zakresu.

Prowadzenie terapii pogłębionej finansowanej w ramach programu zdrowotnego, umożliwi nam dysponowanie większą niż do tej pory ilością świadczeń dla tych mieszkańców Rybnika, którzy podejmują dopiero terapię podstawową.

## **E. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu**

Rybnik należy do miast, w którym notuje się dość istotne współczynniki zgłaszalności do leczenia stacjonarnego (324,4). Łatwo zauważyć, że jeśli 50% tych osób wymaga podjęcia dalszego leczenia, to pojawia się problem, gdzie ich umieścić? Z własnego doświadczenia widzimy, że duży procent tych osób szuka jednak pomocy w podejmowaniu dalszego leczenia. Z uwagi na dogodne miejsce, proponowany czas trwania grup terapeutycznych i indywidualne podejście do każdego pacjenta skupiamy coraz większą liczbę osób. Żadna z placówek leczenia uzależnień w Rybniku, nie proponuje obecnie pacjentom programu terapeutycznego o tak zróżnicowanym poziomie zaawansowania. Z tego co mówią pacjenci wynika, że prawdopodobnie żadna placówka w Rybniku nie proponuje pomocy w zakresie terapii pogłębionej. Większość oddziaływań placówek zajmujących się pomaganiem uzależnionym skupia się na pomaganiu w zakresie podstawowego programu terapeutycznego. Widząc więc rosnące zapotrzebowanie stworzyliśmy program zdrowotny. Dotychczas proponowaliśmy w tym zakresie jedną grupę terapeutyczną. Wdrożenie programu zdrowotnego przyczyniłoby się do ukazania pacjentom jakich zmian można dokonać, uczestnicząc w poszczególnych etapach terapii. To, na co także pacjenci się skarżą to liczebność grup. Mówią, że są one zbyt liczne. Podział programu terapii pogłębionej na 3 grupy przyczyni się do utworzenia mniej liczebnych grup i zwiększy efektywność naszych oddziaływań.

Pomysł na wprowadzenie grupy terapii pogłębionej dla osób współuzależnionych jest także wynikiem naszych dotychczasowych doświadczeń. Rodziny uzależnionych coraz częściej proszą o pomoc, w różnym aspekcie, czasem tylko chcą wsparcia, czasem głębszego przyjrzenia się swym relacjom rodzinnym. Posiadając grupę podstawową i pogłębioną, zyskujemy większe możliwości pomagania im, zgodnie z ich oczekiwaniami.

## **2. Cele programu**

### **A. Cel główny**

Zwiększenie dostępności świadczeń w zakresie pogłębionej terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia.

### **B. Cele szczegółowe**

- wsparcie uzależnionych i ich rodzin;
- planowanie zmian osobistych u obu tych grup;
- nauka rozpoznawania własnych potrzeb i pragnień u uzależnionych i współuzależnionych;
- praca nad własną tożsamością i indywidualnością;

- praca nad wstydem związanym z własną historią życia;
- zmiana przekonań związanych z uzależnieniem i współuzależnieniem;
- nauka zdolności do zapobiegania nawrotom choroby, czy nawrotom zachowań „współuzależnienia”;
- rozróżnianie własnych zachowań konstruktywnych i destrukcyjnych;
- praca nad samoświadomością;
- praca nad utrzymaniem motywacji do trzeźwienia i wychodzenia ze współuzależnienia.

### **C. Oczekiwane efekty**

- zwiększenie poziomu aktywności życiowej uzależnionych i współuzależnionych;
- zwiększenie samoświadomości;
- poprawa jakości życia uzależnionych i współuzależnionych;
- ograniczenie zaburzeń życia rodzinnego w rodzinach z problemem alkoholowym;
- utrzymanie motywacji do abstynencji i zaprzestania przejawiania „zachowań o charakterze współuzależnienia”;
- odbudowanie więzi w rodzinach z problemem alkoholowym;
- usamodzielnianie się w zakresie radzenia sobie z nałogiem i współuzależnieniem;
- rozpoznawanie działania psychologicznych mechanizmów uzależnienia;
- umiejętność rozpoznawania sygnałów świadczących o nawrocie choroby i radzenie sobie z nimi;
- zwiększenie poczucia własnej wartości u uzależnionych i współuzależnionych;
- zmniejszenie poczucia wstydu.

### **D. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu**

#### **Proponujemy, by:**

- ocenę zgłaszalności do programu zmierzyć poprzez zbadanie ilości osób zgłoszonych do programu w stosunku do ilości osób, które zakładamy w programie ująć;
- ocenę jakości świadczeń w programie sprawdzić poprzez ankietę weryfikującą stopień zadowolenia z uczestnictwa w programie;
- ocenę efektywności programu poprzez zbadanie liczby osób zgłoszonych do programu a liczbę osób kończących pełny cykl programu.

### **3. Adresaci programu (populacja programu)**

- A.** Adresatami programu ma być liczba 60 rybniczian. Nie określamy płci ani wieku, gdyż trudno nam jest oszacować takie dane. Dotychczas wiek osób zgłaszających się do pogłębionej terapii uzależnienia od alkoholu wahał się od 25-60 lat. Wiek osób z rodzin uzależnionych klasyfikował się w przedziale 19-50 lat. Gdyby przyjąć, że podobną liczbę osób jesteśmy w stanie objąć specjalistyczną opieką w ramach świadczeń NFZ, zyskujemy sukces w pomocy osobom, które chcą leczyć się po podstawowym programie uzależnienia czy współuzależnienia, zgodny z założeniami z punktu 1E.
- B.** Informację na temat powstania ewentualnych grup zamierzamy umieścić na własnej stronie internetowej oraz na ulotkach, które co jakiś czas są rozpowszechniane w mieście oraz placówkach z nami współpracujących. Duży procent pacjentów przychodzi do naszego ośrodka z polecenia innych pacjentów.

## 4. Organizacja programu

### A. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Program zdrowotny zamierzamy oprzeć na strategiczno-strukturalnym podejściu, które ukształtowało się w Polsce w ciągu ostatnich piętnastu lat. Istotą tego podejścia jest specyficzna propozycja spełnienia trzech wymagań dotyczących każdego modelu profesjonalnej psychoterapii:

- a) koncepcja procesu psychoterapii powinna być oparta na koncepcji mechanizmów danego zaburzenia, wyjaśniającej jego istotę oraz wskazującej podstawowe zadania terapii;
- b) pożądane kierunki pracy psychoterapeutycznej nad zadaniami terapeutycznymi powinny być określane zaleceniami strategicznymi, uwzględniającymi specyfikę mechanizmów zaburzenia i fazy procesu psychoterapeutycznego;
- c) pożądane metody realizowania zaleceń strategicznych powinny być określane poprzez projekty strukturalizacji sytuacji terapeutycznych, czyli specyficzne procedury i techniki stosowane w pracy nad zadaniami terapeutycznymi.

#### **Części składowe:**

1. porada diagnostyczna lekarska
2. porada diagnostyczna terapeutyczna
3. sesja psychoterapii grupowej
4. sesja psychoterapii indywidualnej
5. porada lekarska w trakcie terapii

#### **PORADA DIAGNOSTYCZNA LEKARSKA**

1. nawiązywanie wstępnego kontaktu i relacji z pacjentem;
2. zebranie danych o pacjencie i jego życiu w celu określenia jego aktualnego stanu zdrowia;
3. przedstawienia diagnozy i proponowanego planu leczenia farmakologicznego;
4. poinformowanie o konieczności konsultacji diagnostycznej u terapeuty.

#### **PORADA DIAGNOSTYCZNA TERAPEUTYCZNA**

1. nawiązywanie wstępnego kontaktu i relacji z pacjentem;
2. zebranie danych o pacjencie i jego życiu w celu określenia jego aktualnej sytuacji, najważniejszych problemów;
3. określenie podstawowych celów i problemów wymagających zmiany kwalifikacja do grupy terapeutycznej;
4. omawianie z pacjentem jego uczestnictwa w grupie terapeutycznej i w spotkaniach indywidualnych, przedstawienie pacjentowi: celów programu, zasad obowiązujących w trakcie realizacji programu;
5. przydzielenie indywidualnego terapeuty.

## SESJA PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ

1. wprowadzenie pacjenta na grupę;
2. zapoznanie z innymi uczestnikami grupy;
3. zawiązanie kontraktu terapeutycznego;
4. omówienie ilości i charakteru spotkań;
5. praca terapeutyczna w grupie.

## SESJA PSYCHOTERAPII INDYWIDUALNEJ

1. nawiązanie relacji z pacjentem;
2. ustalenie częstotliwości i charakteru spotkań;
3. ustalenie oczekiwań pacjenta;
4. praca terapeutyczna w kontakcie indywidualnym.

W ramach wyżej wymienionych części i etapów, proces terapeutyczny zawierać będzie podstawowe elementy strategiczno-strukturalnej terapii, do których należą:

### **Instrumentalne oddziaływania poznawcze**

czyli system oddziaływań edukacyjnych dostarczających wiedzy o sprawach ważnych dla procesu terapii w postaci mikroedukacji, czyli: krótkich wykładów, indywidualnych lektur, nagrań audiowizualnych, plakatów i ćwiczeń. Wiedzę, którą uzyskuje pacjent powinien na bieżąco odnosić do samego siebie i do swojego życia. Wiedza ta ma charakter instrumentalny tzn. powinna przyczyniać się do zmiany myślenia i postępowania pacjenta.

### **Autoanaliza zdarzeń, osobistych schematów postępowania i myślenia**

czyli wiele zaplanowanych okazji do autoanalizy konkretnych elementów własnego życia, poprzez ustrukturalizowane kwestionariusze tematyczne. Powinny one dostarczać pacjentowi materiału do lepszego poznawania swojego sposobu życia i sposobu myślenia oraz do ćwiczenia umiejętności rozpoznawania takich zjawisk, które będą zagrażać jego abstynencji.

### **Dostarczanie przykładów i wzorów postępowania**

czyli wzory konstruktywnego postępowania służącego trzeźwemu życiu, poprzez udział w realizacji programu osób, które same kiedyś borykały się z podobnymi problemami, ale odniosły sukces w prowadzeniu trzeźwego życia. Mogą to również być materiały opisujące sposób życia i doświadczenia takich osób. Ważne jest również dzielenie się z innymi.

### **Wpływ interpersonalny - indywidualny i grupowy**

czyli elementy wpływu społecznego pomagające w demontowaniu mechanizmów destrukcyjnego funkcjonowania i w budowaniu bardziej konstruktywnych form życia. Ważną rolę odgrywają bezpośrednie oddziaływania interpersonalne dokonujące się pomiędzy wszystkimi uczestnikami sytuacji terapeutycznych, a w szczególności bezpośrednie konfrontowanie pacjenta z realiami jego zachowań i sytuacji, w których się znajduje.



## **Ćwiczenie umiejętności**

czyli systematycznie zorganizowane procedury, jak np. Trening Zapobiegania Nawrotom Picia, Trening Asertywności, Trening Interpersonalny, itd. Dla utrwalania abstynencji i budowania nowego sposobu życia bez alkoholu czy bez współzależnienia potrzebne są nie tylko konstruktywne doświadczenia emocjonalne, ale wdrażanie bardziej konstruktywnych wzorów zachowania i myślenia, czyli umiejętności. Wymaga to okazji do ćwiczenia tych wzorów i sprawdzania ich użyteczności.

## **B. Planowane interwencje**

Interwencja kryzysowa – dodatkowe spotkanie indywidualne w przypadku ostrego kryzysu emocjonalnego, społecznego lub fizycznego.

Konsultacje i kierowanie pacjenta do innych specjalistów i instytucji w przypadku nagłych zmian w funkcjonowaniu, czy kryzysie.

## **C. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników**

Podstawowym kryterium kwalifikowania pacjentów do konkretnej grupy w programie będzie umiejętność utrzymywania przez nich abstynencji, rozpoznawania i radzenia sobie z głodem alkoholowym, samoświadomość swego uzależnienia. Pacjenci wyrażający chęć uczestnictwa w programie pogłębionym różnią się poziomem umiejętności nabytych w podstawowym cyklu terapeutycznym. Część z nich nadal ma trudności w rozpoznawaniu głodu alkoholowego, a część nadal przejawia problemy w uznaniu swego alkoholizmu. Z uwagi na zróżnicowany program terapeutyczny w każdej z grup, dobór uczestników będzie uwzględniał ich motywację i umiejętności. Do grupy pierwszej, którą planujemy na czas 4 miesięcy, wejdą pacjenci ze słabą i często nadal zewnętrzną motywacją do trzeźwienia, którzy często twierdzą, że nie doświadczają głodu alkoholowego. Do kolejnej grupy, również o podobnym czasie trwania, wejdą osoby, które mają co najmniej kilka miesięcy abstynencji, wiedzą jak przejawia się u nich głód alkoholowy i są pewni co do diagnozy uzależnienia. Trzecią grupę, również czteromiesięczną będą z biegiem czasu zasilać osoby z poprzednich grup oraz osoby, które deklarują dłuższy okres abstynencji a wyrażają chęć pracy nad sobą, albo znalazły się w kryzysie. Będą to też osoby, które uznały swoje uzależnienie, trzymają się zaleceń terapeutycznych, wprowadzają zmiany w swym życiu.

W przypadku osób współzależnionych do grupy pogłębionej wejdą osoby, które zaprzestały skupiać się tylko i wyłącznie na szukaniu sposobów zaprzestania picia przez partnera, a czują potrzebę zadbania o swój własny rozwój, chcą nauczyć się dbania o swoją osobę. Czas trwania tej grupy planujemy na około 12 miesięcy.

## **D. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu**

- program zdrowotny będzie realizowany w siedzibie ośrodka „Integrum”, który znajduje się pod adresem: 44-253 Rybnik – Boguszowice, ul. Lompy 10.
- w obrębie Ośrodka (około 350 metrów) znajduje się kilka przystanków autobusowych komunikacji miejskiej. Budynek placówki jest dobrze oznakowany, natomiast od frontu znajduje się duży parking dla samochodów osobowych. Dojazd do placówki z różnych części Rybnika pacjenci określają jako dobry.
- powierzchnia na której mieści się Ośrodek to około 210m<sup>2</sup>, podzielona na dwie strefy: Oddziału dziennego i Poradni leczenia uzależnień.
- zajęcia grupowe odbywają się w trzech przestronnych salach terapeutycznych, natomiast spotkania indywidualne w trzech gabinetach lekarskich. Pacjenci mogą korzystać z dwóch toalet, przystosowanych także dla osób niepełnosprawnych.

- do dyspozycji pacjentów oddany jest także aneks kuchenny, wyposażony w niezbędny sprzęt AGD: czajnik bezprzewodowy, mikrofalówkę, lodówkę i dystrybutor wody pitnej.
- każda z sal wyposażona jest w wystarczającą ilość krzeseł z pulpitami bocznymi, by można przeprowadzić zajęcia grupowe oraz duże tablice sucho-ścieralne.
- lokal w całości jest wentylowany mechanicznie, co sprzyja wielogodzinnemu pobytowi na zajęciach terapeutycznych.
- posiadamy telefon stacjonarny o numerze 32 4332442 oraz łączność internetową. Mamy własną stronę internetową: [www.nzoz-integrum.pl](http://www.nzoz-integrum.pl).
- w Placówce znajduje się także niezbędny sprzęt medyczny w postaci: alkomatu, ciśnieniomierzy, fonendoskopu, podstawowego zestawu reanimacyjnego wraz z lekami.

Program terapeutyczny naszej placówki został w pełni zaaprobowany przez konsultanta regionalnego Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych ds. leczenia odwykowego - Pana mgr Stanisława Wolnego.

Zajęcia grupowe będą odbywać się w godzinach popołudniowych, z uwzględnieniem także pacjentów, którzy pracują zmianowo. Spotkania indywidualne będą dostosowywane do możliwości terapeuty i pacjenta.

Każda z grup będzie pracować terapeutycznie raz w tygodniu przez 2 godziny zegarowe. Indywidualna praca terapeutyczna z terapeutą prowadzącym odbywać się będzie raz w miesiącu. Poza poradą diagnostyczną lekarską, każdy pacjent objęty programem będzie miał możliwość ponownej konsultacji psychiatrycznej.

Uwzględniamy również możliwość korzystania przez pacjenta wyłącznie z psychoterapii indywidualnej, jeśli takie będą wskazania lekarskie lub terapeutyczne - lub też takie będzie życzenie pacjenta. W takim układzie terapia indywidualna odbywać się będzie raz w tygodniu.

#### **E. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych**

Działania programu uzupełniają świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych. Dotychczas oferta terapeutyczna dla osób uzależnionych i współuzależnionych była finansowana przez NFZ i obejmowała po jednej grupie terapeutycznej dla uzależnionych i współuzależnionych oraz doraźny kontakt indywidualny. Z uwagi na różnoraki poziom funkcjonowania osób zgłaszających się do placówki oraz liczebność dotychczasowych grup, powstała potrzeba zhierarchizowania grup terapeutycznych dla uzależnionych oraz powstania kolejnej grupy dla współuzależnionych. Środki pozyskane ze środków publicznych nie są wystarczające.

#### **F. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu**

Roczny okres pracy terapeutycznej pacjenta uzależnionego, który wynika z założeń programu jest naszym zdaniem czasem wystarczającym, by mógł spróbować funkcjonować bez terapii. Pobyt w placówce, która oferuje w najdłuższym okresie leczenie w zakresie pogłębionym przez czas 12 miesięcy, w ramach 3 grup trwających po 4 miesiące, jest rzadko spotykaną ofertą w naszym regionie. Uważamy, że ten okres terapii pogłębionej z włączeniem wcześniejszych miesięcy pracy w programie podstawowym jest wystarczający, by pacjent zakończył kontakt z placówką. Przyjmuje się, że okres powrotu uzależnionego do w miarę prawidłowego funkcjonowania to czas do 2 lat. Wdrażając program

spełnilibyśmy te standardy. Jeśli dla części pacjentów czas ten okazałby się niewystarczający, zawsze będzie mógł korzystać ze spotkań indywidualnych albo wejść na grupę, którą posiadamy w ramach świadczeń z NFZ.

Uważamy, że w przypadku osób współzależnionych okres 12 miesięcy jest także wystarczający, by dokonać trwałych zmian w ich funkcjonowaniu, nauczyć się na nowo być z sobą samym. Podobnie jak w przypadku osób uzależnionych, gdyby ten czas okazał się jednak niewystarczający, osoby te mogą korzystać ze spotkań indywidualnych w ramach świadczeń z NFZ-u albo powrócić do grupy na etapie podstawowym, by otrzymać wsparcie i często nawiązać relacje z innymi ludźmi o tym samym problemie życiowym. Co dla osób współzależnionych w ich procesie leczenia jest często czynnikiem najistotniejszym.

## **G. Bezpieczeństwo planowanych interwencji**

Jednym z naszych priorytetów jest anonimowość i fachowość świadczonych usług. Zwiększająca się liczba pacjentów jest dowodem, że cel ten realizujemy. Dostępność lekarsko-terapeutyczna daje bezpieczeństwo kompleksowej pomocy w nawet najbardziej niespodziewanych i trudnych sytuacjach.

## **H. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu**

Specjalistyczne leczenie odwykowe w Polsce działa w oparciu o następujące akty prawne:

- *art. 21 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi*
- *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1999 roku w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów leczenia odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu (Dz. U. z 2000 roku, Nr 3, poz. 44 ze zm.).*

Na podstawie wyżej wymienionych aktów prawnych, leczenie osób uzależnionych od alkoholu oraz członków ich rodzin prowadzą zakłady leczenia odwykowego oraz inne zakłady opieki zdrowotnej.

W systemie leczenia odwykowego funkcjonują 4 rodzaje zakładów:

Placówki ambulatoryjne – przychodnie/poradnie realizujące program terapii uzależnienia od alkoholu i współzależnienia. Pacjent uczestniczy 2-3 razy w tygodniu w terapii grupowej i indywidualnych sesjach z terapeutą. Leczenie obejmuje opiekę lekarską i psychologiczną.

Placówki stacjonarne – całodobowe oddziały terapii uzależnienia od alkoholu. Pobyt obejmuje: diagnostykę uzależnienia i współistniejących zaburzeń zdrowia somatycznego wywołanych przeważnie nadużywaniem alkoholu, leczenie farmakologiczne tych zaburzeń oraz udział w programie terapii uzależnienia.

Oddziały dzienne – forma pośrednia pomiędzy oddziałem całodobowym a przychodnią. Pacjent zgłasza się do oddziału codziennie (w dni robocze). Przebywa w oddziale ok. 7-8 godzin dziennie, na noc udaje się do domu.

Oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych – całodobowe oddziały, które leczą tzw. zespoły abstynencyjne występujące u osób uzależnionych od alkoholu, które z różnych względów zaprzestają picia lub zmniejszają spożycie alkoholu. Pierwsze objawy pojawiają się wtedy, gdy znacząco obniża się stężenie alkoholu we krwi tj. zazwyczaj po kilku – kilkunastu godzinach po ostatnim spożyciu alkoholu.

Nasza placówka jest kompleksem: poradni leczenia uzależnień oraz dziennego oddziału odwykowego.

Zakłady leczenia odwykowego realizują programy psychoterapii uzależnień i współuzależnień oraz udzielają indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych i rehabilitacyjnych. Świadczenia te obejmują:

- działania diagnostyczne w zakresie uzależnienia lub współuzależnienia oraz związanych z tym szkód zdrowotnych,
- postępowanie medyczne ukierunkowane na leczenie szkód zdrowotnych, w szczególności: leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych oraz oddziaływania farmakologiczne wspomagające psychoterapię uzależnień.

Zasadniczą metodą leczenia uzależnienia w zakładach leczenia odwykowego jest psychoterapia uzależnienia. Czas niezbędny do przeprowadzenia skutecznej terapii uzależnienia wynosi od 18 do 24 miesięcy. Pierwszy, podstawowy etap psychoterapii uzależnienia od alkoholu w zakładach stacjonarnych i oddziałach dziennych trwa od sześciu do ośmiu tygodni, natomiast w placówkach ambulatoryjnych – od czterech do sześciu miesięcy. Po zakończeniu podstawowego etapu programu pacjenci kierowani są, w celu kontynuowania leczenia, do pogłębionej psychoterapii w zakładach ambulatoryjnych oraz do grup samopomocowych.

W myśl zapisów § 18 ust. 2 i 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1999 roku w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów leczenia odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu, osoby prowadzące terapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia powinny posiadać kwalifikacje zawodowe uzyskane w specjalistycznych programach szkoleniowych w zakresie terapii uzależnień, potwierdzone certyfikatem specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień. Zasady realizacji programów szkoleniowych oraz system wydawania certyfikatów opracowuje Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w porozumieniu z Instytutem Psychiatrii i Neurologii. Program szkoleniowy obejmuje następujące etapy:

- etap pierwszy: szkolenie w zakresie podstawowych umiejętności udzielania pomocy psychologicznej oraz nowoczesnych metod diagnozowania i terapii uzależnienia i współuzależnienia w wymiarze nie mniejszym niż 650 godzin zajęć dydaktycznych,
- etap drugi: staż kliniczny w placówce terapii uzależnień w wymiarze nie mniejszym niż 80 godzin roboczych,
- etap trzeci: superwizja kliniczna dla celów szkoleniowych w wymiarze nie mniejszym niż 70 godzin zajęć dydaktycznych.

Certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień można uzyskać po ukończeniu programu szkoleniowego oraz zdaniu egzaminu potwierdzającego nabytą wiedzę i umiejętności.

Nasz placówka zatrudnia wykwalifikowaną kadrę terapeutyczną oraz medyczną. W placówce pracuje 3 specjalistów psychoterapii uzależnień, posiadających kilkuletnie doświadczenie w prowadzeniu terapii uzależnienia i współuzależnienia:

*mgr Katarzyna Dużniak* - zatrudniona w oddziale odwykowym dla kobiet w Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku.

*mgr Agnieszka Boczkowska* - zatrudniona w oddziale odwykowym dla kobiet w Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku.

*mgr Ewa Firla-Chłapek* - pracująca jako kierownik oddziału w Wojewódzkim Ośrodku Lecznictwa Odwykowego w Gorzycach.

Placówka zatrudnia także terapeutów uzależnień, którzy także od kilku lat pracują z osobami uzależnionymi i współuzależnionymi, a obecnie są w procesie podnoszenia kwalifikacji, by uzyskać tytuł specjalistów psychoterapii uzależnień:

*mgr Joanna Sidelnik* - pracująca jako terapeuta w oddziale odwykowym dla kobiet w Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku.

*mgr Agnieszka Ratajczak* - pracująca jako terapeuta w oddziale odwykowym dla kobiet w Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku.

*mgr Adrianna Piasecka-Leszczynska* - pracująca jako terapeuta w Wojewódzkim Ośrodku Lecznictwa Odwykowego w Gorzycach. Dotychczas pracująca na stanowisku kierownika poradni przy WOLO w Gorzycach.

*mgr Izabela Lewosińska* - pracująca jako terapeuta w NZOZ Neuro-Med Centrum Terapii Nerwic Depresji i Uzależnień w Jastrzębiu Zdroju.

W placówce zatrudniony jest także psycholog:

*mgr Lilla Maślanka-Pawlik* - która swe doświadczenie zawodowe zdobywała między innymi w Ośrodku Interwencji Kryzysowej i Psychoterapii w Rybniku. Obecnie pracuje w prywatnym gabinecie.

Kadra ośrodka to także personel lekarski:

*Przemysław Drozd* - specjalista psychiatra, zatrudniony w Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku, założyciel i kierownik NZOZ Ośrodka Leczenia Uzależnień, Opieki Psychiatrycznej i Pomocy Rodzinie "INTEGRUM" w Rybniku.

*Ksymena Urbanek* - w trakcie zdobywania specjalizacji z psychiatrii, pracująca jako asystent w oddziale ogólnoprzjęciowym Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku.

Zespół pielęgniarzy składa się z pielęgniarek posiadających kilkadziesiątletnie doświadczenie w pracy z osobami chorymi psychicznie oraz uzależnionymi:

*Aniela Wieczorek* - pełniący obowiązki pielęgniarki oddziałowej oddziału odwykowego dla kobiet w Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku.

*Janina Kochaniewska* - przez wiele lat pracująca na stanowisku pielęgniarki oddziałowej w jednym z oddziałów ogólnopsychiatrycznych w Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku.

*Ewa Chorążyczewska* - posiadająca kilkuletnie doświadczenie pracy w poradni zdrowia psychicznego.

## 5. Koszty

### A. Koszty jednostkowe

#### Poniżej proponowany kosztorys programu:

Rodzaj świadczenia	Cena za godzinę pracy z pacjentem	
Sesja psychoterapii grupowej	15 zł	
Sesja psychoterapii indywidualnej	40 zł	
Porada lekarska	50 zł	
świadczenie	ilość godzin w miesiącu dla pacjenta	kwota miesięczna dla 1 pacjenta
sesja grupowa	8 godz	120 zł
świadczenie	ilość godzin w miesiącu dla pacjenta	kwota miesięczna dla 1 pacjenta
sesja indywidualna	1 godz	40 zł
świadczenie	ilość godzin w rocznym programie	kwota całościowa dla 1 pacjenta
porada lekarska	2 godz	100 zł
świadczenie	cena za pacjenta w rocznym programie	cena za 60 pacjentów w rocznym programie
sesja grupowa	120 zł x 12 miesięcy = 1.440 zł	1.440 zł x 60 os = <b>86.400 zł</b>
sesja indywidualna	40 zł x 12 miesięcy = 480 zł	480 zł x 60 os = <b>28.800 zł</b>
porada lekarska	100 zł	100 zł x 60 os = <b>6.000 zł</b>

**Łącznie: 121.200 zł**

Do skutecznego przeprowadzenia programu zdrowotnego potrzebne także są następujące elementy:

1. alkomat 900 zł

2. ustniki do alkometru 300 zł
3. książki i płyty dvd o tematyce uzależnienia i tematyce zdrowotnej 500 zł
4. tablica suchościeralna 300 zł
5. materiały dydaktyczne, np.: flamastry, brystole 200 zł
6. DVD 1.000 zł
7. projektor 2.500 zł
8. ekran dla projektora 1.200zł
9. sprzęt audio do prowadzenia muzykoterapii (cd, wzmacniacz, kolumny) 6.500 zł
10. materace do muzykoterapii 3.200 zł

**Łącznie: 16.600 zł**

## B. Planowane koszty całkowite

$$W = K \times P0$$

gdzie współczynnik  $P0 = a0 / a0 + b0$ , a poszczególne symbole oznaczają:

**W** – wysokość środków publicznych,

**K** – planowany koszt realizacji zadania,

**a0** – przychody podmiotu wykonującego działalność leczniczą z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uzyskane w poprzednim roku obrotowym

**b0** – przychody podmiotu wykonującego działalność leczniczą z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków innych niż określone dla symbolu "a0" uzyskane w poprzednim roku obrotowym.

Koszty całkowite: **121.200 zł + 16.600 zł = 137.800 zł**

$$W = 137.800 \text{ zł} \times 238.470 \text{ zł} / 238.470 \text{ zł} + 0$$

$$W = 137.800 \text{ zł} \times 1$$

$$W = 137.800 \text{ zł}$$

Planowane łączne koszty całkowite opiewają na kwotę : **137.800 zł**

## C. Źródła finansowania, partnerstwo

Podstawowym, i jak dotąd jedynym źródłem finansowania Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej - Ośrodka Leczenia Uzależnień, Opieki Psychiatrycznej i Pomocy Rodzinie „INTEGRUM” jest kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

## D. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Podstawowym i najważniejszym argumentem przemawiającym za optymalnym wykorzystaniem dostępnych zasobów jest stale rosnąca liczba pacjentów w naszym Ośrodku, w związku z czym

i wypracowane nadwyżki porad w każdym miesiącu rozliczeniowym z Narodowym Funduszem Zdrowia. Fakt ten, w naszym rozumieniu, stanowi o wysokim poziomie świadczonej terapii, dużych możliwościach jakimi dysponuje Ośrodek, jak i stale rosnącym zapotrzebowaniem na nasze usługi.

## E. Monitorowanie i ewaluacja

- a) ocena zgłaszalności do programu - zbadanie ilości osób zgłoszonych do programu w stosunku do ilości osób, które zakładamy w programie ująć;
- b) ocena jakości świadczeń w programie - ankieta weryfikująca stopień zadowolenia z uczestnictwa w programie (załączona poniżej).;
- c) ocena efektywności programu - liczba osób zgłoszonych do programu, a liczba osób kończących pełny cykl programu.

### ANKIETA SATYSFAKЦИИ Z UDZIAŁU W PROGRAMIE ZDROWOTNYM

#### 1. Metryczka:

kobieta

mężczyzna

wiek:

#### 2. Czas trwania w terapii:

4 miesiące

8 miesięcy

pow. 8 miesięcy

#### 3. Jak ocenia Pan/Pani udział w programie „Uzależnienie, współuzależnienie i co dalej”?

bardzo dobrze

dobrze

źle

bardzo źle

#### 4. Jakie elementy/metody stosowane w terapii były dla Pana/Pani najskuteczniejsze?

.....  
.....  
.....

#### 5. Czego zabrakło Pana/Pani zdaniem w proponowanym programie?

.....  
.....  
.....

#### 6. Jakie efekty i cele osiągnął Pan/Pani dzięki udziałowi w terapii pogłębionej?

.....  
.....  
.....

7. Czy udział w programie zwiększył umiejętności radzenia sobie w życiu, jeśli tak, w jaki sposób, jeśli nie, dlaczego?

.....  
.....  
.....

8. Czy wzięłby Pan/Pani udział w podobnym programie zdrowotnym?

### 7. Okres realizacji programu

Planowany okres realizacji programu zdrowotnego „Uzależnienie, współuzależnienie i co dalej?” to **jeden rok**.

#### Opracowano w oparciu o :

1. [http://rops-katowice.pl/dopobrania/program\\_alkohol.pdf](http://rops-katowice.pl/dopobrania/program_alkohol.pdf)
2. [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl)
3. <http://www.psychologia.edu.pl/>
4. J. Fudała, *Jak pomagać osobom pijącym alkohol ryzykownie i szkodliwie*, Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA, Warszawa 2009
5. <http://www.gck.pl/wzlp/modules.php>