



## Rekomendacja nr 12/2020

z dnia 30 listopada 2020

### **Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych**

**Prezes Agencji rekomenduje** przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej działań edukacyjnych nakierowanych na profilaktykę uzależnień od substancji psychoaktywnych i dokonanie oceny klinicznej w populacji osób kwalifikujących się do jednej z grup wysokiego ryzyka wystąpienia uzależnień od substancji psychoaktywnych, wykonywanie interwencji antyuzywkowych wśród uczestników z objawami uzależnienia, a także prowadzenie szkoleń dotyczących problematyki uzależnień od substancji psychoaktywnych dla dzieci i młodzieży szkolnej, pracodawców oraz personelu medycznego.

#### **Uzasadnienie**

Prezes Agencji mając na uwadze opinię Rady Przejrzystości, dostępne rekomendacje, obowiązujące przepisy prawa oraz dostępne dane epidemiologiczne dotyczące uzależnień od substancji psychoaktywnych, rekomenduje finansowanie w ramach programów polityki zdrowotnej (PPZ) działań, które powinny swoim zakresem obejmować:

- szkolenia dla personelu medycznego, w ramach których przekazywane będą zalecane metody profilaktyki, diagnostyki i leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych,
- działania informacyjno-edukacyjne dla świadczeniobiorców, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych,
- szkolenia dla dzieci i młodzieży, w ramach których przekazywane będą informacje związane z problematyką uzależnień od substancji psychoaktywnych,
- szkolenia dla pracodawców, w których zidentyfikowano obecność nadużywania substancji psychoaktywnych, w ramach których przekazywane będą informacje na temat nadużywania ww. substancji, a w szczególności palenia tytoniu,
- lekarską wizytę kwalifikacyjną nakierowaną na określenie przynależności pacjentów do jednej z grup wysokiego ryzyka wystąpienia uzależnień od substancji psychoaktywnych dla osób, z populacji ogólnej, w szczególności dzieci i młodzieży oraz młodych dorosłych,
- interwencję antyuzywkową, przeprowadzaną wśród uczestników z objawami uzależnienia.

Dostępne dane epidemiologiczne i rekomendacje wskazują na zasadność prowadzenia działań profilaktycznych w wyżej wymienionym zakresie. Uzależnienia od substancji psychoaktywnych są obecnie dość rozpowszechnionymi problemami zdrowotnym w Polsce. Należy jednak zaznaczyć, że nie każda osoba mająca kontakt z określoną substancją rozwine u siebie uzależnienie. Istotnym elementem rozwoju uzależnień jest nagradzający charakter substancji psychoaktywnych, prowadzący do wykształcenia się, u osoby uzależnionej, potrzeby utrzymania stanu odurzenia (KBPN 2012). Głównym elementem diagnostyki pozostaje prowadzenie przez lekarza wywiadu podczas, którego

stwierdza on obecność określonych objawów jak np. silne pragnienie zażycia substancji lub obecność fizjologicznych objawów związanych z zespołem odstawienia (PARAP 2019). Oprócz mechanizmów działania substancji psychoaktywnych istotną rolę w procesie rozwoju uzależnień pełnią czynniki społeczne m.in. presja środowiska czy rozpowszechnienie określonych zachowań w środowisku bytowania (Szczeklik 2017). Dodatkowo o potrzebie prowadzenia działań profilaktycznych świadczą dane epidemiologiczne. Jedynie w roku 2018 liczba osób leczonych w poradniach z powodu uzależnień w całej Polsce osiągnęła wartość ponad 168 tys. przypadków. Jednocześnie należy zaznaczyć, że nie wszystkie osoby uzależnione decydują się na podjęcie działań leczniczych. Również wskaźnik zapadalności utrzymuje się na dość wysokim poziomie od 2,7/100 tys. w województwie opolskim, do nawet 14,6/100 tys. w województwie mazowieckim. Szczyt zapadalności na uzależnienie od substancji psychoaktywnych przypada obecnie na wiek między 44 a 54 r.ż. zarówno u mężczyzn (695,2/100 tys.) jak i u kobiet (207,7/100 tys.). Należy zaznaczyć, że w przypadku pozostałych grup wiekowych wskaźniki te pozostają również na dość wysokim poziomie. Istotny jest także fakt, że to właśnie u mężczyzn uzależnienia od substancji psychoaktywnych występują częściej (MPZ 2018).

Rekomendacje wskazują, że zasadnym jest prowadzenie działań profilaktycznych nakierowanych na edukację dotyczącą uzależnienia od alkoholu, tytoniu i wszelkich substancji psychoaktywnych. Większość rekomendacji odnosi się do edukacji populacji ogólnej oraz na zachęcaniu osób uzależnionych do zaprzestania użytkowania danej używki (USPSTF 2020a, USPSTF 2020b, USPSTF 2020c, RACGP 2019, PARPA 2019, USPSTF 2018, ENSP 2018, AAFP 2018, NICE 2018, EAR 2017, NICE 2017, AFP 2016, NICE 2015, UNODC 2015, USPSTF 2015, CDC/NIOSH 2015, RACGP 2014, AFP 2014, AAFP 2013, WHO 2012, AFP 2011, NIAAA 2011, NICE 2011a, NICE 2011b, NICE 2010, WHO 2010). Autorzy rekomendacji podkreślają, że wszelkie działania profilaktyczne powinny skupiać się w szczególności na populacji dzieci i młodzieży, głównie ze względu na fakt możliwości przesunięcia w czasie lub całkowitego powstrzymania ich od rozpoczęcia picia, palenia czy zażywania środków psychoaktywnych (USPSTF 2020a, USPSTF 2020b, USPSTF 2020c, PARAP 2019, USPSTF 2018, ENSP 2018, EAR 2017, NICE 2015, UNODC 2015, USPSTF 2015, AAFP 2013, WHO 2012, NICE 2011a, NICE 2011b, NICE 2010). Ponadto w celu zidentyfikowania osób przynależących do populacji wysokiego ryzyka wystąpienia uzależnień lub osób, u których się ono rozwinęło, należy zastosować odpowiednie kwestionariusze. Rekomendacje podkreślają, że takie narzędzia jak test Fagerström'a, kwestionariusz ASSIST lub zestaw pytań AUDIT-C mogą zostać wykorzystane podczas wizyty lekarskiej w celu identyfikacji i wspierania osób uzależnionych (USPSTF 2020b, USPSTF 2020c, USPSTF 2018, ENSP 2018, AAFP 2018, EAR 2017, AFP 2016, AFP 2014, NIAAA 2011, NICE 2011a, NICE 2010, WHO 2010). Zalecenia wskazują również na konieczność prowadzenia, w ramach działań profilaktycznych, szkoleń personelu medycznego na temat komunikacji oraz metod rozpoznawania osób uzależnionych (PARPA 2019, ENSP 2018, UNODC 2015, AFP 2014, WHO 2012, NICE 2011a, NICE 2011b). Część rekomendacji zaleca także wprowadzenie do działań profilaktycznych szkoleń pracodawców na temat szkodliwości używek w miejscu pracy. Szkolenia powinny obejmować tematykę skutków zdrowotnych palenia tytoniu, korzyści płynących z zakazów palenia oraz potrzeby prowadzenia wewnątrz firmy działań wspomagających pracowników chcących rzucić palenie. Działania te powinny dotyczyć także osób kierujących wszelkiego rodzaju ośrodkami oświaty, a w szczególności uniwersytetami (USPSTF 2020c, ENSP 2018, EAR 2017, AFP 2014, WHO 2012, AFP 2011, NICE 2011, NICE 2010).

Ekspertki kliniczni potwierdzają zasadność prowadzenia działań profilaktycznych w kierunku uzależnień od substancji psychoaktywnych. W nadesłanych opiniach podkreślają, że programy polityki zwrotnej realizowane przez JST powinny w głównej mierze koncentrować się na działaniach edukacyjnych. Ekspertki stwierdzają także, że wszelkie działania profilaktyczne powinny w szczególności dotyczyć dzieci i młodzieży, aby zapobiec rozpoczęciu przez nich użytkowania określonych substancji. Ekspertki są zgodni, że uzależnienia od substancji psychoaktywnych wymagają działań profilaktycznych ze względu na idące za nimi skutki społeczne, ekonomiczne oraz związane z nimi konsekwencje zdrowotne.

Obecnie nie są realizowane żadne dodatkowe, ogólnopolskie programy w omawianym zakresie. PPZ mogą w tym przypadku stanowić uzupełnienie obecnych działań i pozwolą dotrzeć do szerszego grona odbiorców, umożliwiając tym samym uzyskanie dokładniejszych danych na temat efektywności rekomendowanych działań.

Programy Polityki Zdrowotnej mogą stanowić uzupełnienie lub rozszerzenie dostępu do profilaktyki i diagnostyki uzależnień od substancji psychoaktywnych.

## 1. Problem zdrowotny i epidemiologia

Uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych klasyfikowane są jako zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (WHO 2009). Jednakże nie wszystkie osoby mające kontakt z daną substancją psychoaktywną uzależniają się od niej. Jedynie niektórzy cechują się wysoką podatnością na uzależnienie. Podatność ta polega na takim zestawie biologicznych cech danego organizmu, która w interakcji z czynnikami środowiskowymi może prowadzić do rozwoju uzależnienia (KBPN 2012).

Istotny aspekt rozwoju uzależnienia wynika ze wzmacniającego (nagradzającego) charakteru substancji psychoaktywnych. Środki psychoaktywne mają charakter nagradzający, gdyż ich mechanizmy, ukierunkowane są na określone struktury mózgowia (tzw. „układ nagrody”). Ich zażycie prowadzi do krótkotrwałego odczucia przyjemności, euforii lub rozluźnienia, co nazywane jest wzmocnieniem pozytywnym. Za wspólną drogę końcową wszystkich rodzajów uzależnień (zwłaszcza uzależniającego wpływu substancji psychoaktywnych) uznawane są szlaki dopaminergiczne. Wśród procesów odpowiedzialnych za rozwój uzależnienia, oprócz wzmocnienia, należy wymienić mechanizmy allostaty, neuroadaptacji i neuroplastyczności (KBPN 2012).

Badanie pt. „Epidemiologia Zaburzeń Psychiatrycznych i Dostępności Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej” przeprowadzone w 2012 roku wykazało, że zjawisko uzależnienia od alkoholu dotyczy ok. 2,2% polskiej populacji (Kiejna 2015). Grupa ludzi kiedykolwiek pijących szkodliwie w ciągu życia, stanowi ponad 10% osób dorosłych. Na szkody zdrowotne i społeczne nadużywania alkoholu narażonych jest ok. 4 mln. osób. W odniesieniu do narkotyków, wyniki badań EZOP wskazują, że liczba osób mających z nimi styczność przekracza 1 milion osób (MPZ 2018).

W 2016 roku w Polsce zgłoszono ponad 109,9 tys. przypadków uzależnionych od alkoholu, nikotyny oraz substancji psychoaktywnych. Mapy Potrzeb Zdrowotnych dla ww. chorób, podają zapadalność rejestrowaną dla województw. Największy współczynnik zapadalności rejestrowanej w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców odnotowano w województwie mazowieckim (14,6/100 tys. osób). Najniższą wartość tego wskaźnika odnotowano natomiast w województwie opolskim (2,7/100 tys. osób) (MPZ 2018).

Zgodnie z Mapami Potrzeb Zdrowotnych zapadalność rejestrowana na uzależnienia jest trzykrotnie wyższa w populacji mężczyzn niż u kobiet. Dotyczy to wszystkich województw. Najwyższy wskaźnik zapadalności rejestrowanej wśród mężczyzn przypada na województwo lubuskie (około 600/100 tys. osób). Najniższą wartość tego wskaźnika odnotowano natomiast w województwie małopolskim (około 320/100 tys. osób). W przypadku kobiet, najmniejszą zapadalność rejestrowaną obserwuje się w województwie małopolskim i podkarpackim (ok. 100/100 tys. osób), największą zaś w województwie lubuskim (około 200/100 tys. osób). Zapadalność rejestrowana na uzależnienia różni się również w ściśle określonych grupach wiekowych. Zarówno wśród mężczyzn jak i u kobiet największa wartość wskaźnika przypada na grupę wiekową między 44-54 lat i wynosi odpowiednio 695,2/100 tys. oraz 207,7/100 tys. (MPZ 2018).

### Alkohol

Wyróżnia się dwa podstawowe wzory spożywania alkoholu rodzące poważne zagrożenia i konsekwencje zdrowotne – picie szkodliwe oraz uzależnienie. Oba wymagają interwencji. Ważna jest prawidłowa ich identyfikacja, gdyż na jej podstawie należy oprzeć sposób pomocy i leczenia: jej cele, czas trwania i metody (PARPA 2019).

Obowiązująca w Polsce klasyfikacja diagnostyczna wyróżnia sześć objawów uzależnienia. Na postawienie diagnozy uzależnienia pozwala identyfikacja trzech lub więcej objawów, występujących łącznie przez pewien okres w ciągu ostatniego roku. Diagnozę uzależnienia może postawić tylko specjalista. Nie potrafi tego zrobić ani osoba pijąca, ani jej otoczenie. Wymaga to wiedzy i doświadczenia lekarza np. specjalisty w zakresie psychoterapii uzależnień lub psychologa (PARPA 2019).

Ponieważ uzależnienie jest chorobą przewlekłą, optymalnym celem w leczeniu osób uzależnionych jest osiągnięcie trwałej abstynencji. Problem stanowi jednak brak akceptacji tego celu przez część osób uzależnionych oraz trudność w jego osiągnięciu. Metodami leczenia uzależnienia od alkoholu są psychoterapia i farmakoterapia. Badania potwierdzają nieskuteczność takich metod, jak hipnoza, poradnictwo ogólne, techniki szokowe i ziołolecznictwo. Formami organizacyjnymi i metodami pomagania osobom uzależnionym od alkoholu działającymi poza lecznictwem odwykowym są punkty konsultacyjne, telefony zaufania, stowarzyszenia i kluby abstynenckie oraz Wspólnoty Anonimowych

Alkoholików (Fudała 2013). Szacuje się, że nadużywanie alkoholu skraca życie średnio o 16 lat (Klimkiewicz 2013).

Najwyższa Izba Kontroli w 2019 roku przeprowadziła kontrolę, która wykazała niską skuteczność programów profilaktycznych uzależnienia od alkoholu realizowanych w Polsce, na tle innych krajów Europy. Polska posiada najwyższy odsetek osób w wieku 15-64 lat, które w ciągu 2018 roku spożywały alkohol (89,7%) (NIK 2018).

Główny Urząd Statystyczny opracował raport, w którym przedstawia liczbę Polaków uzależnionych od alkoholu leczonych w poradni przeciwdziałania uzależnień. Między latami 2007 a 2018, liczba osób leczonych w poradni z powodu uzależnienia od alkoholu zmniejszyła się o ok. 10%. Najmniejszą liczbę takich osób odnotowano w 2016 roku, na poziomie 165 238 przypadków. Natomiast najwyższą jak dotąd liczbę osób leczonych z powodu ww. jednostki chorobowej, na poziomie 185 302 osób, odnotowano w roku 2009 (GUS 2020).

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) co roku przeprowadza badania statystyczne, które określają ilość spożywanego alkoholu przypadającego na jednego mieszkańca. Dane wskazują na stosunkowo stałe wartości w tym zakresie. Między latami 2007 a 2019 średnia ilość alkoholu spożywanego na jednego mieszkańca waha się między 9,02 litra, a 9,67 litra (PARPA 2020).

### Tytoń

Uzależnienie od nikotyny składa się z dwóch komponentów: uzależnienia fizycznego i uzależnienia psychicznego. Podstawową cechą uzależnienia od nikotyny jest chęć odczuwania farmakologicznych efektów nikotyny. Ponadto uzależnienie polega na unikaniu możliwych zjawisk odstawienia oraz warunkowych asocjacji. Każdy papieros natychmiast zmniejsza głód nikotynowy oraz znieczula receptory nikotynowe, zwiększając w ten sposób potrzebę kolejnej dawki. Ta adaptacja morfologiczna zachodząca w ośrodkowym układzie nerwowym odpowiada rozwojowi zależności fizycznej. Oprócz uzależnienia fizycznego, powtarzające się używanie wyrobów tytoniowych może stać się nawykiem. Kontakty społeczne i sytuacje związane z codzienną rutyną mogą wzmocnić używanie tytoniu (ENSP 2018).

Najczęściej uzależnienie od nikotyny ocenia się za pomocą 10 punktowego testu zależności od nikotyny wg Fagerströma. Wynik testu w przedziale 0-3 pkt oznacza brak lub słabe uzależnienie od tytoniu, wynik 4-6 pkt średnie, a 7-10 pkt silne uzależnienie od tytoniu (ENSP 2018).

Celem leczenia jest rzucenie palenia tytoniu, co oznacza, że pacjent dobrowolnie nie wypala kolejnych papierosów. Maksymalny zalecany poziom tlenu węgla w oddechu wymagany do potwierdzenia abstynencji wynosi 7 ppm. W praktyce klinicznej zaleca się potwierdzenie abstynencji po sześciu tygodniach od pierwszego dnia zaprzestania palenia. Kluczowymi elementami skutecznego zaprzestania palenia jest kombinacja edukacji terapeutycznej, wsparcia behawioralnego i farmakoterapii (ENSP 2018).

Nikotyna jest jednym z około 4000 związków obecnych w dymie tytoniowym. Do najgroźniejszych konsekwencji medycznych palenia tytoniu można zaliczyć: wzrost ryzyka zachorowania na choroby układu sercowo-naczyniowego, zachorowania na nowotwory złośliwe, wystąpienie chorób układu oddechowego oraz wystąpienie niepłodności i zaburzeń w przebiegu ciąży. Bierny kontakt z dymem tytoniowym wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zarówno ze wzrostem zachorowalności na choroby układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, jak i nowotwory złośliwe (Porębiak 2013).

Palenie tytoniu jest znacznie mniej rozpowszechnione niż picie alkoholu. Dane pozyskane z raportu Głównego Inspektoratu Sanitarnego wskazują mężczyzn jako głównych konsumentów wyrobów tytoniowych. Szczególnie dotyczy to mężczyzn zamieszkujących mniejsze miejscowości (do 20 tys. mieszkańców). Podobny odsetek palących (30-32%) mężczyzn można zauważyć na wsiach oraz w miastach (100-500 tys. mieszkańców). Niezależnie od miejsca zamieszkania mężczyźni palą więcej niż kobiety (różnica między 4% a 16%) (GIS 2017).

Główny Urząd Statystyczny co roku przeprowadza badania statystyczne polegające na weryfikacji liczby osób leczonych z powodu uzależnień od tytoniu. Między latami 2007 a 2018, liczba osób palących tytoń spadła o 35%. Najmniejszą liczbę odnotowano w 2015 roku na poziomie 1509 palaczy. W roku 2011 zarejestrowano najwyższą jak dotąd liczbę osób palących na poziomie 4113 obywateli (GUS 2020).

Na podstawie badań Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS), w Polsce co piąta osoba (21%) jest nałogowym palaczem. Porównując lata poprzednie, liczba osób uzależnionych spadła o 6%,

w porównaniu do roku 2008. W 2019 roku 48% osób oznajmiło, że nigdy nie paliło, natomiast kolejne 26% osób stwierdziło, że rzuciło palenie (CBOS 2019).

### Narkotyki

Według aktualnej klasyfikacji środki psychoaktywne dzieli się na 6 grup, przy czym jednym z kryteriów podziału jest kierunek ich działania farmakologicznego: depresanty ośrodkowego układu nerwowego, stymulanty OUN, opioidy, kannabinoidy, halucynogeny oraz inhalanty (wziewne środki odurzające) (KBPN 2012). Pojęcie nowej substancji psychoaktywnej dotyczy substancji psychotropowych oraz środków odurzających występujących w postaci czystej lub w preparatach nieobjętych konwencjami ONZ. Stanowią one potencjalne zagrożenie dla zdrowia publicznego porównywalne do zagrożeń wywoływanych przez substancje nazywane zwyczajowo narkotykami "klasycznymi" (KBPN 2018). Wczesna dorosłość (20 lat i więcej) jest dla wielu młodych ludzi okresem najbardziej intensywnych kontaktów z alkoholem, nikotyną lub narkotykami. Pierwsza strategia profilaktyczna dotycząca tej grupy odbiorców polega na ograniczaniu dostępności do legalnych substancji psychoaktywnych. Jest ona realizowana poprzez politykę fiskalną i inne regulacje prawne utrudniające dostęp do alkoholu i nikotyny. Drugą strategią jest dążenie do minimalizowania szkód związanych z nierozsądnym korzystaniem ze środków psychoaktywnych. Ponadto krótkie interwencje profilaktyczne, których celem jest motywowanie do zmiany ryzykownego zachowania, również są wykorzystywane w profilaktyce skierowanej do młodych dorosłych (KBPN 2016).

Profilaktyka uzależnień ma na celu ograniczanie rozmiarów używania lub nadużywania substancji psychoaktywnych oraz zapobieganie różnorodnym szkodom zdrowotnym i społecznym, które są z tym związane. Fazowy przebieg procesów dorastania, w którym dojrzewanie biologiczne o kilka lat wyprzedza dojrzewanie psychospołeczne jednostki, jest źródłem znacznego ryzyka rozwojowego. Dysharmonia rozwojowa w naturalny sposób zwiększa ekspozycję na różne formy ryzyka, w tym eksperymenty z substancjami psychoaktywnymi. W związku z powyższym profilaktyka uzależnień skierowana do odbiorców w okresie adolescencji (11-19 lat) obejmuje programy edukacji normatywnej i rozwijania umiejętności psychospołecznych młodzieży. Poruszają także kwestie polityki kształtowania kultury szkoły, sprzyjającej zdrowiu i bezpieczeństwu uczniów (KBPN 2016).

Według danych z badań populacyjnych odsetek osób, które miały kontakt z narkotykami w ciągu ostatniego roku, jest 16-krotnie niższy od odsetka osób mających kontakt z alkoholem. Grupą wiekową, która jest często brana pod uwagę w prowadzeniu działań z zakresu przeciwdziałania narkomanii są osoby w wieku 15-34 lat. Uznaje się ją za grupę szczególnego ryzyka wystąpienia uzależnieniami z uwagi na częsty kontakt z ww. substancjami.

Pod koniec 2018 roku Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Kantar Polska prowadziło badania w populacji młodzieży w 80 szkołach ponadgimnazjalnych. Do najczęściej używanych narkotyków była zaliczana marihuana i haszysz. Do przyjmowania ich „kiedykolwiek w życiu” przyznało się 38% badanych, co oznacza spadek o 4% w stosunku do roku 2016. W wynikach ostatniego pomiaru odnotowano również niewielki spadek używania konopi indyjskich wśród osób eksperymentujących z tego typu substancjami. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających pomiar w roku 2018 marihuanę lub haszysz zażywał co piąty uczeń (20%, w 2016 roku – 21%), a w ciągu ostatnich 30 dni – co dziesiąty (10%, w 2016 roku – 9%). Zażywanie leków uspokajających i nasennych bez zaleceń lekarza zadeklarował co piąty uczeń (22%, w 2016 roku – 19%) (CINN 2019).

Główny Urząd Statystyczny przedstawił raport, w którym określono liczbę Polaków uzależnionych od substancji psychoaktywnych leczonych w poradni. Między latami 2007, a 2018, liczba osób leczonych z powodu nałogu od środków psychoaktywnych wzrosła o 27%. Najmniejszą liczbę przypadków ww. schorzenia odnotowano w 2012 roku (27 899 przypadków). Zaś w roku 2018 zarejestrowano najwyższą jak dotąd liczbę osób leczonych z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych (43 207 osób) (GUS 2020).

W Polsce nie odnotowuje się dużej liczby zgonów spowodowanych bezpośrednio przez przedawkowanie narkotyków. Według ostatnich danych Głównego Urzędu Statystycznego z 2017 roku w Polsce zarejestrowano 202 zgony z powodu przedawkowania lub innych zdarzeń związanych z narkotykami. Dane z 2017 roku pokazują, że ofiarami śmiertelnego przedawkowania w Polsce są przede wszystkim mężczyźni (73% przypadków) (CINN 2019).

## **2. Rekomendowane i nierekomendowane technologie medyczne, działania, warunki realizacji**

W ramach wyszukiwania odnaleziono rekomendacje kliniczne następujących organizacji:

- US Preventive Services Task Force (USPSTF) 2020a
- US Preventive Services Task Force (USPSTF) 2020b
- US Preventive Services Task Force (USPSTF) 2020c
- The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) 2019
- Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) 2019
- US Preventive Services Task Force (USPSTF) 2018
- European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP) 2018
- American Academy of Family Physicians (AAFP) 2018
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2018
- European Addiction Research (EAR) 2017
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2017
- Australian Family Physician (AFP) 2016
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2015
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) 2015
- US Preventive Services Task Force (USPSTF) 2015
- Centers for Disease Control and Prevention and National Institute for Occupational Safety and Health (CDC/NIOSH) 2015
- The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) 2014
- Australian Family Physician (AFP) 2014
- American Academy of Family Physicians (AAFP) 2013
- World Health Organization (WHO) 2012
- Australian Family Physician (AFP) 2011
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) 2011
- The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2011a
- The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2011b
- The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2010
- World Health Organization (WHO) 2010

### **2.1. Wnioski z odnalezionych rekomendacji**

- W większości z załączonych rekomendacji wskazuje się na potrzebę prowadzenia edukacji zdrowotnej w zakresie czynników ryzyka, skutków zdrowotnych oraz społecznych wynikających z uzależnienia od substancji psychoaktywnych jak alkohol, tytoń czy określone narkotyki (USPSTF 2020a, USPSTF 2020b, USPSTF 2020c, RACGP 2019, PARPA 2019, USPSTF 2018, ENSP 2018, AAFP 2018, NICE 2018, EAR 2017, NICE 2017, AFP 2016, NICE 2015, UNODC 2015, USPSTF 2015, CDC/NIOSH 2015, RACGP 2014, AFP 2014, AAFP 2013, WHO 2012, AFP 2011, NIAAA 2011, NICE 2011a, NICE 2011b, NICE 2010, WHO 2010). Edukacja może być prowadzona zarówno na zasadzie szkoleń jak i zajęć indywidualnych.
- W 16 rekomendacjach wskazuje się na potrzebę uwzględnienia w działaniach profilaktycznych populacji ogólnej ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży w celu zapobieżenia

rozpoczęciu korzystania z określonych używek. Edukacja dzieci i młodzieży powinna być prowadzona cyklicznie i powinna podejmować kwestie wpływu środowiska i rówieśników na prawdopodobieństwo rozpoczęcia korzystania z używek – w szczególności tytoniu (USPSTF 2020a, USPSTF 2020b, USPSTF 2020c PARAP 2019, USPSTF 2018, ENSP 2018, EAR 2017, NICE 2017, NICE 2015, UNODC 2015, USPSTF 2015, AAFP 2013, WHO 2012, NICE 2011a, NICE 2011b, NICE 2010).

- W celu zidentyfikowania osób o podwyższonym ryzyku wystąpienia uzależnień od substancji psychoaktywnych należy przeprowadzić w populacji ogólnej wywiad lekarski/kwalifikacyjny. Podczas wywiadu należy zapytać o częstotliwość korzystania ze wszelkich używek psychoaktywnych i jeśli jest to konieczne, należy zastosować kwestionariusze nacelowane na wykrywanie osób uzależnionych jak: NIDA w przypadku narkotyków, test Fagerström'a w przypadku tytoniu, AUDIT-C dla uzależnienia od alkoholu lub ASSIST dla wszystkich wymienionych substancji (USPSTF 2020b, USPSTF 2020c, USPSTF 2018, ENSP 2018, AAFP 2018, EAR 2017, AFP 2016, AFP 2014, NIAAA 2011, NICE 2011a, NICE 2010, WHO 2010).
- Zaleca się, aby w ramach realizowanych działań profilaktycznych prowadzić szkolenia dla personelu medycznego z zakresu sposobów komunikacji z osobami uzależnionymi oraz metod motywowania do rzucenia nałogu. Należy także poruszyć kwestię potrzeby uświadamiania pacjentów na temat szkodliwości nałogu oraz jego długotrwałego wpływu na zdrowie (PARPA 2019, ENSP 2018, UNODC 2015, AFP 2014, WHO 2012, NICE 2011a, NICE 2011b).
- Niewielka część rekomendacji zaleca prowadzenie szkoleń dla pracodawców z zakresu przeciwdziałania używkom w miejscu pracy. Szkolenia te powinny skupiać się na zachęceniu pracodawców do wprowadzenia całkowitego zakazu palenia tytoniu na terenie zakładu pracy, wskazaniu potrzeby wsparcia osób uzależnionych w procesie ograniczenia palenia tytoniu oraz konieczności zachęcenia pracowników do podjęcia prób ograniczenia lub rzucenia nałogu (NICE 2015, CDC/NIOSH 2015, WHO 2012).
- W 8 rekomendacjach wskazuje się na potrzebę uwzględnienia w działaniach profilaktycznych krótkich interwencji antyuzywkowych w przypadku osób, u których stwierdza się obecność uzależnienia lub szkodliwego użytkowania alkoholu, tytoniu lub narkotyków. W ramach interwencji tych należy zachęcić osoby uzależnione do zaprzestania lub ograniczenia korzystania z używek przy jednoczesnym przedstawieniu dopuszczalnych metod redukcji ilości zażywanych substancji oraz dalszej kontroli nad nałogiem. Szkoleniami należy objąć także osoby zarządzające wszelkiego rodzaju ośrodkami oświaty, a w szczególności uniwersytetami (USPSTF 2020c, ENSP 2018, EAR 2017, AFP 2014, WHO 2012, AFP 2011, NICE 2011, NICE 2010).

## 2.2. Populacja docelowa

Populację docelową planowanych działań stanowi (USPSTF 2020a, USPSTF 2020b, USPSTF 2020c PARAP 2019, USPSTF 2018, ENSP 2018, EAR 2017, NICE 2017, NICE 2015, UNODC 2015, USPSTF 2015, AAFP 2013, WHO 2012, NICE 2011a, NICE 2011b, NICE 2010):

Interwencja	Opis populacji docelowej
Szkolenia dla personelu medycznego	Personel medyczny, który ma kontakt z uczestnikami PPZ, a w szczególności: <ul style="list-style-type: none"> <li>• osoby realizujące działania informacyjno-edukacyjne,</li> <li>• osoby przeprowadzające wizyty kwalifikacyjne,</li> <li>• osoby realizujące interwencje antyuzywkowe,</li> <li>• osoby przeprowadzające szkolenia dla dzieci i młodzieży,</li> <li>• osoby przeprowadzające szkolenia dla pracodawców.</li> </ul>
Działania informacyjno-edukacyjne	Populacja ogólna.
Szkolenia dla dzieci i młodzieży	Dzieci i młodzież w wieku szkolnym (do 19 lat).

Szkolenia dla pracodawców	Pracodawcy zakładów pracy, w których zidentyfikowano obecność nadużywania substancji psychoaktywnych, w tym również palenia tytoniu.
Wizyta kwalifikacyjna	Populacja ogólna, w szczególności: <ul style="list-style-type: none"> <li>• dzieci (do 10 r.ż.),</li> <li>• młodzież (11-19 lat),</li> <li>• młodzi dorośli (20-30 lat).</li> </ul>
Interwencja antyżywkowa	Osoby zakwalifikowane podczas wizyty kwalifikacyjnej. Osoby zakwalifikowane podczas wizyty kwalifikacyjnej do grupy wysokiego ryzyka wystąpienia uzależnień od substancji psychoaktywnych.

### 2.3. Warunki realizacji programów polityki zdrowotnej

W celu realizacji programów polityki zdrowotnej należy spełnić wymagania dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych:

Interwencja	Wymagania dotyczące personelu
Szkolenia dla personelu medycznego	Lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce i leczeniu uzależnień od substancji psychoaktywnych („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu.
Działania informacyjno-edukacyjne	Lekarz, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ.
Szkolenia dla dzieci i młodzieży	Lekarz, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia szkoleń wśród populacji dzieci i młodzieży, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ.
Szkolenia dla pracodawców	Lekarz, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia szkoleń dla pracodawców, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ.
Wizyta kwalifikacyjna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce i leczeniu uzależnień od substancji psychoaktywnych.</li> <li>• lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego.</li> </ul>
Interwencja antyżywkowa	Lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu uzależnień od substancji psychoaktywnych i przeprowadzeniu interwencji antyżywkowych.



W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym w szczególności zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

### 3. Dowody naukowe

Do oceny poszczególnych punktów końcowych posłużono się następującymi parametrami:

- RR (ang. Relative Risk, Risk Ratio) – ryzyko względne określa, ile razy zastosowanie ocenianej interwencji zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia badanego zdarzenia w porównaniu z prawdopodobieństwem wystąpienia tego zdarzenia w przypadku zastosowania komparatora.
- OR (ang. Odds Ratio) – iloraz szans; stosunek szans wystąpienia danego zdarzenia w grupie badanej do szansy jego wystąpienia w grupie kontrolnej.
- SMD (ang. Standardized Mean Difference) – Standaryzowana średnia różnic; wskaźnik określa wielkość efektu określonej interwencji w każdym badaniu/metaanalizie w stosunku do zmienności obserwowanej w danym badaniu/metaanalizie

#### 3.1. Wnioski z analizy dowodów naukowych

Przeprowadzono wyszukiwanie w bazach Medline via PubMed, Embase oraz Cochrane Library, a także przeszukano strony internetowe towarzystw naukowych. Do analizy włączono łącznie 50 publikacji: 24 przeglądy systematycznych/metaanaliz oraz 26 rekomendacji towarzystw naukowych. Poniżej zostały przedstawione kluczowe wnioski z analizy dowodów naukowych – dalsze szczegóły znajdują się w raporcie analitycznym.

##### Tytoń

W metaanalizie Kock 2019 autorzy dokonali oszacowania wpływu dopasowanych do potrzeb pacjenta interwencji behawioralnych na prawdopodobieństwo rzucenia lub ograniczenia palenia w porównaniu z brakiem interwencji. U pacjentów, u których zastosowano interwencję behawioralną zaobserwowano wyższe o 56% prawdopodobieństwo rzucenia lub ograniczenia palenia tytoniu - RR=1,56 (95%CI: 1,39; 1,75). W przypadku metaanalizy Matkin 2019 autorzy dokonali oszacowania wpływu proaktywnych porad telefonicznych w porównaniu z brakiem interwencji na ww. nałóg. Zastosowanie proaktywnych porad telefonicznych, zarówno u osób korzystających jak i niekorzystających z telefonów zaufania, prowadzi do wyższego o odpowiednio 25% i 38% prawdopodobieństwa rzucenia palenia tytoniu - RR=1,25 (95%CI: 1,15; 1,35) oraz RR=1,38 (95%CI: 1,19; 1,61). W przypadku metaanalizy Fanshawe 2017 określono wpływ konsultacji na prawdopodobieństwo rzucenia lub zaprzestania palenia tytoniu. W przypadku konsultacji indywidualnych oraz wiadomości SMS uzyskane wartości okazały się nieistotne statystycznie. Interwencje te mogą być częścią planowanych interwencji jednak nie powinny w tym przypadku stanowić głównego ich elementu. W przypadku konsultacji grupowych autorzy wskazali, że realizacja konsultacji w takiej formie prowadzi do wyższego o 35% prawdopodobieństwa rzucenia lub ograniczenia palenia - RR=1,35 (95%CI: 1,03; 1,77). Natomiast w metaanalizie Aveyard 2011, autorzy oszacowali wpływ porady lekarza na prawdopodobieństwo rzucenia palenia w porównaniu ze standardowym postępowaniem. Zastosowanie interwencji tego typu prowadzi do wyższego o 47% prawdopodobieństwa rzucenia palenia - RR=1,47 (95%CI: 1,24; 1,75). Do podobnych wniosków dochodzą autorzy metaanalizy Lai 2010.

Odnaleziono również jedną metaanalizę odnoszącą się do wpływu porady udzielanej przez personel medyczny nt. potrzeby ograniczenia palenia tytoniu na prawdopodobieństwo podjęcia przez pacjenta próby porzucenia nałogu. Autorzy metaanalizy Aveyard 2011 wskazali, że w przypadku zastosowania tego typu interwencji zaobserwowano wyższe o 24% prawdopodobieństwo podjęcia przez pacjenta próby ograniczenia lub całkowitego odstąpienia od nałogu - RR=1,24 (95%CI: 1,16; 1,33).

W ramach tego samego wyszukiwania odnaleziono jedną metaanalizę odnoszącą się do wpływu prowadzonych szkoleń personelu medycznego na osoby palące tytoń w porównaniu ze standardowym postępowaniem. Autorzy metaanalizy Carson 2012 wskazali, że poddanie personelu medycznego działaniom szkoleniowym z zakresu palenia tytoniu prowadziło do wyższej o 41% szansy na punktowe ograniczenie rozpowszechnienia palenia tytoniu - OR=1,41 (95%CI: 1,13-1,77). Autorzy wskazali, że przeszkolenie personelu medycznego w omawianym zakresie prowadzi do wyższej o 60% szansy utrzymania się abstynencji od tytoniu u ich pacjentów - OR=1,60 (95%CI: 1,26-2,03). Prowadzenie szkoleń prowadzi również do ponad dwukrotnie wyższej szansy na uczestnictwo pacjentów w konsultacjach na temat palenia tytoniu - OR=2,28 (95%CI: 1,58; 3,27). Pacjenci mający styczność z personelem medycznym przeszkolonym w zakresie skutków zdrowotnych palenia mają 3,5 razy większe szanse na otrzymanie materiałów edukacyjnych i samopomocowych od ww. personelu - OR=3,51 [95%CI: (1,90; 6,47)].

Odnaleziono także publikacje odnoszące się do skuteczności określonych interwencji w ograniczeniu lub powstrzymaniu dzieci i młodzieży od palenia tytoniu. W przypadku przeglądu systematycznego Behbod 2018 autorzy stwierdzają, że prowadzenie edukacji na zasadach konsultacji w porównaniu ze standardowym postępowaniem prowadzić może do wzrostu prawdopodobieństwa wprowadzenia przez rodziców ogólnego zakazu palenia w domach i mieszkaniach, co może się przyczynić do zapobiegnięcia pojawienia się nałogu u ich dzieci. W przypadku metaanalizy Kleijn 2015 autorzy dokonali oszacowania wpływu ogólnych działań edukacyjnych w porównaniu ze standardowym postępowaniem na prawdopodobieństwo powstrzymania dzieci i młodzieży od rozpoczęcia palenia tytoniu. Na podstawie uzyskanych danych autorzy dochodzą do wniosku, że prowadzenie działań edukacyjnych u dzieci i młodzieży może w pewnym stopniu prowadzić do powstrzymania ich od sięgania po ten typ używek. Jednakże, uzyskane wartości okazały się być nieistotne statystycznie, przez co nie można z całą pewnością zalecić tych działań. Do podobnych wniosków dochodzą autorzy publikacji Peirson 2015 oraz Carson 2011.

### Alkohol

W metaanalizie Stockings 2018 autorzy dokonali oszacowania wpływu działań edukacyjnych na rozpowszechnienie nadużywania alkoholu w porównaniu ze standardowym postępowaniem. Zastosowanie wspomnianej interwencji prowadzi do mniejszego o 22% prawdopodobieństwa nadużywania alkoholu – RR=0,78 [95%CI: (0,62; 0,99)]. W metaanalizie Beyer 2018 autorzy ocenili wpływ krótkich i wydłużonych interwencji behawioralnych na ilość spożywanego alkoholu. Zgodnie z wynikami tej publikacji przeprowadzenie krótkiej interwencji behawioralnej zmniejsza tygodniową ilość spożywanego alkoholu o 20 g [95%CI: (-28; -12)]. Natomiast wydłużone interwencje behawioralne zmniejszają ilość spożywanego alkoholu o 19,5 g/tydzień. W przypadku metaanalizy Kelly 2018 określono wpływ działań edukacyjnych na spożywanie alkoholu. Standaryzowana średnia różnica w przypadku uwzględnienia 9 badań dotyczących edukacji antyalkoholowej wyniosła SMD=-0,18 [95%CI: (-0,28; -0,07)]. Odpowiada to obniżeniu częstości występowania zjawiska nadużywania alkoholu o ok. 20%. W przeglądzie systematycznym Foxcroft 2014 autorzy oszacowali wpływ rozmowy motywacyjnej na ilość i częstość spożywanego alkoholu. Według przeglądu 28 badań, rozmowa motywacyjna zmniejsza ilość spożywanego alkoholu o 14% – SMD=-0,14 [95%CI: (-0,20- -0,08)]. Przegląd 16 badań, wykazał 11% zmniejszenie częstości spożywania alkoholu pod wpływem rozmowy motywacyjnej – SMD=-0,11 [95%CI: (-0,19; -0,03)].

Autorzy przeglądu systematycznego Jiang 2017 stwierdzają, iż telefoniczne rozmowy motywacyjne mogą stanowić istotny element promowania abstynencji. Ponadto interwencja ta może służyć w zapobieganiu i leczeniu uzależnienia od alkoholu.

Odnaleziono także dowody wtórne odnoszące się do wpływu edukacji na ograniczenie lub powstrzymanie spożywania alkoholu wśród dzieci i młodzieży. Autorzy metaanalizy Hodder 2017 oszacowali, że działania edukacyjne zwiększają o 14% szanse na ograniczenie spożycia alkoholu przez dzieci i młodzież – OR=0,86 [95%CI: (0,73-1,02)], warto jednak zauważyć, że otrzymany wynik nie był istotny statystycznie. Do podobnych wniosków dochodzą autorzy metaanalizy Carney 2016, którzy określili, że edukacja może spowodować spadek w częstości SMD=-0,91 [95%CI: (-1,21- -0,61)] oraz ilości SMD=-0,16 [95%CI: (-0,45- 0,14)] spożywanego alkoholu u nastolatków i studentów. Należy jednak zaznaczyć, że otrzymane wyniki nie były istotne statystycznie.

### Narkotyki

Autorzy metaanalizy O'Connor 2020 dokonali oceny efektywności interwencji behawioralnych w porównaniu z brakiem ww. interwencji wśród młodych osób. Łączny wynik tej publikacji wskazuje na nieistotny statystycznie związek pomiędzy przeprowadzeniem interwencji, a nielegalnym używaniem środków odurzających (SMD=-0,08 [95%CI: (-0,16; 0,001)]). Prowadzenie ww. interwencji nie prowadzi do zapobieżenia zażywania substancji psychoaktywnych w docelowej populacji. Natomiast przeprowadzanie profilaktyki uniwersalnej w szkole, opisane w metaanalizie Hodder 2017, prowadzi do zmniejszenia o 22% szansy na rozpoczęcie przyjmowania narkotyków przez młode osoby – OR=0,78 [95%CI: (0,66; 0,93)]. Również w przypadku przeglądu systematycznego Faggiano 2014 badania włączone do przeglądu, świadczą o zasadności przeprowadzania uniwersalnej profilaktyki uczniów opartej na szkoleniu z kompetencji społecznych. Interwencja ta, zgodnie z wynikami publikacji, prowadzi do zwiększenia o 73% prawdopodobieństwa zapobiegnięcia przyjmowania substancji psychoaktywnych przez młodzież – RR=0,27 [95%CI: (0,14; 0,51)]. Wyniki 5 badań włączonych do metaanaliz Allara 2015 oraz Ferri 2013 nie wykazują wpływu przeprowadzanych kampanii medialnych na zażywanie substancji psychoaktywnych wśród młodych ludzi. Oczekiwany efekt nie był istotny statystycznie – SMD=-0,02 [95%CI: (-0,15; 0,12)]. Autorzy publikacji Allara 2015 przeprowadzili

również metaanalizę 4 badań określających wpływ kampanii medialnych na zamiar zażywania substancji psychoaktywnych. W tym przypadku standaryzowana średnia różnic świadczy o nieistotnym wpływie tej interwencji na młodzież. Miara efektu została opisana jako SMD=-0,07 [95%CI: (-0,19; 0,04)].

Odnaleziono również dowody wtórne odnoszące się do interwencji przeprowadzanych za pośrednictwem Internetu w celu zmniejszenia zażywania substancji psychoaktywnych w populacji ogólnej. W przypadku metaanalizy Boumparis 2017 autorzy oszacowali skuteczność ww. metody wskazując na korzyści związane z tą formą interwencji (np. umożliwia rozpowszechnianie informacji wśród osób, które napotykają różne bariery, w tym ekonomiczne lub transportowe, ograniczające dostęp do tradycyjnych interwencji). Badania włączone do metaanalizy wykazały skuteczność interwencji internetowych w zmniejszenie ilości zażywanych opioidów SMD=0,36 [95%CI: (0,29- 0,53)] oraz ogólnopojętych substancji nielegalnych SMD=0,35 [95%CI: (0,24- 0,45)].

### **3.2. Symulacja skutków prowadzenia działań profilaktycznych uzależnień od substancji psychoaktywnych**

Ze względu na złożoność uwzględnionych w raporcie interwencji i brak dostępnych danych nie jest możliwe przeprowadzenie symulacji liczbowej oraz symulacji kosztów prowadzenia programu.

## 4. Opcjonalne technologie medyczne i stan ich finansowania

Interwencje prowadzone w Polsce dotyczące omawianego zagadnienia można podzielić na 2 rodzaje:

- profilaktykę uzależnień,
- leczenie uzależnień.

### Profilaktyka uzależnień w Polsce

Polski system profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii oparty jest na trzech różnych poziomach administracji – rządowej, samorządów wojewódzkich oraz samorządów gminnych. Na każdym poziomie system ten realizowany jest na podstawie wzajemnie komplementarnych programów:

- Narodowego Programu Zdrowia,
- wojewódzkich i gminnych programów profilaktyki,
- wojewódzkich i gminnych programów przeciwdziałania narkomanii.

Na realizację wojewódzkich i gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii wykorzystywane są m.in. dochody z opłat za wydane zezwolenia na sprzedaż napojów alkoholowych (NIK 2018).

W ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, realizowany jest cel operacyjny – „profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi”. Zgodnie z nim sporządzony został stosowany wykaz zadań, który obejmuje realizację:

- krajowego programu przeciwdziałania narkomanii,
- krajowego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych,
- programu zwalczania następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych,
- programu przeciwdziałania uzależnieniom behawioralnym.

Głównym podmiotem odpowiedzialnym za realizację tego celu jest Minister właściwy do spraw zdrowia we współpracy z Ministrami właściwym do spraw: oświaty i wychowania, obrony narodowej, rodziny pracy i polityki społecznej, spraw wewnętrznych i administracji, sprawiedliwości oraz finansów (NIK 2018).

Raport Najwyższej Izby Kontroli z 2019 r. „Profilaktyka uzależnień od alkoholu i narkotyków” wskazuje, że w latach 2016-2019 Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii rzetelnie wywiązywały się ze swoich zadań. We współpracy z pozostałymi instytucjami współtworzącymi system rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, przyczyniły się one do rozwinięcia tego systemu i poszerzenia oferty programów profilaktycznych o potwierdzonej skuteczności (NIK 2018).

### Profilaktyka uzależnień od alkoholu:

Zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 2019 poz. 2277) organy administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego są obowiązane do:

- podejmowania działań zmierzających do ograniczania spożycia napojów alkoholowych oraz zmiany struktury ich spożywania,
- inicjowania i wspierania przedsięwzięć mających na celu zmianę obyczajów w zakresie sposobu spożywania tych napojów,
- działania na rzecz trzeźwości w miejscu pracy,
- przeciwdziałania powstawaniu i usuwania następstw nadużywania alkoholu oraz wspierania działalności w tym zakresie organizacji społecznych i zakładów pracy,
- popierania tworzenia i rozwoju organizacji społecznych, których celem jest propagowanie trzeźwości i abstynencji, oddziaływanie na osoby nadużywające alkoholu oraz udzielanie

pomocy ich rodzinom, jak również zapewniania warunków sprzyjających działaniom tych organizacji,

- współdziałania z Kościołem Katolickim i innymi kościołami oraz związkami wyznaniowymi w zakresie wychowania w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi.

Zadania w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi wykonywane są przez kształtowanie polityki społecznej obejmujące:

- tworzenie warunków sprzyjających realizacji potrzeb, których zaspokajanie motywuje powstrzymanie się od spożywania alkoholu,
- działalność wychowawczą i informacyjną,
- ustalanie odpowiedniego poziomu i właściwej struktury produkcji napojów alkoholowych przeznaczanych do spożycia w kraju,
- ograniczanie dostępności alkoholu,
- leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych od alkoholu,
- zapobieganie negatywnym następstwom nadużywania alkoholu i ich usuwanie,
- przeciwdziałanie przemocy w rodzinie,
- wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez finansowanie centrów integracji społecznej.

Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych jest celem działania Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), która podlega ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Do zadań PARPA należy:

- opiniowanie i przygotowywanie projektów aktów prawnych oraz planów działań w zakresie polityki dotyczącej alkoholu i problemów alkoholowych,
- prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej, opracowywanie ekspertyz oraz opracowywanie i wdrażanie nowych metod profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych,
- udzielanie merytorycznej pomocy samorządom, instytucjom, stowarzyszeniom i osobom fizycznym, realizującym zadania związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych, oraz zlecanie i finansowanie realizacji tych zadań,
- współpraca z organami samorządu województw,
- koordynacja i inicjowanie działań zwiększających skuteczność i dostępność leczenia odwykowego,
- zlecanie i finansowanie zadań związanych z rozwiązywaniem problemów alkoholowych,
- współpraca z organizacjami i instytucjami międzynarodowymi prowadzącymi działalność w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych,
- podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów dotyczących zakazu reklamy produktów alkoholowych oraz zakazu sprzedaży napojów alkoholowych osobom znajdującym się w stanie nietrzeźwości i niepełnoletnim oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego.

Samorządy województw realizują wyżej wymienione zadania w postaci wojewódzkich programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych stanowiących część strategii wojewódzkiej w zakresie polityki społecznej.

Zadania własne gmin związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych oraz integracją społeczną osób uzależnionych od alkoholu obejmują:

- zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu,
- udzielanie rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, pomocy psychospołecznej i prawnej, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie,

- prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych,
- wspomaganie działalności instytucji, stowarzyszeń i osób fizycznych, służącej rozwiązywaniu problemów alkoholowych,
- podejmowanie interwencji w związku z naruszeniem przepisów dotyczących zakazu reklamy produktów alkoholowych oraz zakazu sprzedaży napojów alkoholowych osobom znajdującym się w stanie nietrzeźwości i niepełnoletnim oraz występowanie przed sądem w charakterze oskarżyciela publicznego,
- wspieranie zatrudnienia socjalnego poprzez organizowanie i finansowanie centrów integracji społecznej.

Realizacja powyższych zadań jest prowadzona w postaci gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych stanowiącego część strategii rozwiązywania problemów społecznych, uchwalanego corocznie przez radę gminy. Gminne programy są realizowane przez ośrodki pomocy społecznej, centra usług społecznych lub inne jednostki wskazane w tych programach.

#### Profilaktyka uzależnień od tytoniu:

Zgodnie z ustawą z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. 2019 poz. 2182) organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego są obowiązane do podejmowania działań zmierzających do ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu. Ponadto mogą one wspierać w tym zakresie działalność medycznych samorządów zawodowych, organizacji społecznych, fundacji, instytucji i zakładów pracy, a także współdziałać z kościołami i innymi zawiązkami wyznaniowymi.

Ochrona zdrowia przed następstwami używania tytoniu realizowana jest przez kształtowanie polityki zdrowotnej, ekonomicznej i społecznej. Do elementów ww. ochrony zdrowia należy:

- ochrona prawa osób niepalących do życia w środowisku wolnym od dymu tytoniowego, pary z papierosów elektronicznych i substancji uwalnianych za pomocą nowatorskich wyrobów tytoniowych,
- promocja zdrowia przez propagowanie stylu życia wolnego od nałogu palenia papierosów, używania innych wyrobów tytoniowych oraz palenia papierosów elektronicznych,
- działalność wychowawcza i informacyjna,
- tworzenie warunków ekonomicznych i prawnych zachęcających do ograniczenia używania tytoniu,
- informowanie o szkodliwości palenia tytoniu na opakowaniach wyrobów tytoniowych,
- obniżanie norm dopuszczalnych zawartości substancji szkodliwych w wyrobach tytoniowych,
- leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych od tytoniu.

Wyżej wymieniona Ustawa wprowadza również zakaz reklamy wyrobów tytoniowych oraz zakaz ich palenia w pomieszczeniach dostępnych do użytku publicznego (podmioty lecznicze, szkoły i uczelnie, obiekty kultury, lokale gastronomiczno-rozrywkowe itp.). Ponadto Ustawa określa wymogi dotyczące opakowań wyrobów tytoniowych sprzedawanych w Polsce, które muszą zawierać określone treści informujące o szkodliwości palenia wyrobów tytoniowych.

#### Profilaktyka uzależnień od innych substancji psychoaktywnych:

Zgodnie z ustawą z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2019 poz. 852) przeciwdziałanie narkomanii w Polsce realizuje się przez odpowiednie kształtowanie polityki społecznej, gospodarczej, oświatowo-wychowawczej i zdrowotnej, a w szczególności:

- działalność wychowawczą, edukacyjną, informacyjną i profilaktyczną,
- leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych,
- ograniczanie szkód zdrowotnych i społecznych,

- nadzór nad substancjami, których używanie może prowadzić do narkomanii,
- zwalczanie niedozwolonego obrotu, wytwarzania, przetwarzania, przerobu i posiadania substancji, których używanie może prowadzić do narkomanii,
- nadzór nad uprawami roślin zawierających substancje, których używanie może prowadzić do narkomanii.

Działalność w zakresie przeciwdziałania narkomanii prowadzi Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN). Do zadań Biura należy:

- wykonywanie zadań w zakresie przeciwdziałania narkomanii, polegających na powierzaniu i wspieraniu wykonywania zadań publicznych, wraz z udzielaniem dotacji na finansowanie ich realizacji na podstawie pełnomocnictwa ministra właściwego do spraw zdrowia,
- inicjowanie działań zmierzających do ograniczania używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych,
- inicjowanie, wspieranie i prowadzenie analiz oraz badań naukowych nad problematyką narkomanii, w tym sporządzanie oceny epidemiologicznej zagrożeń narkomanią,
- inicjowanie prac nad nowymi rozwiązaniami legislacyjnymi służącymi przeciwdziałaniu narkomanii,
- dokonywanie okresowych ocen programów profilaktycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i readaptacyjnych pod względem ich skuteczności w zakresie ograniczenia używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych,
- opracowywanie standardów w zakresie profilaktyki uzależnień oraz leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych,
- inicjowanie, organizowanie i prowadzenie szkoleń dla osób realizujących zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii,
- udzielanie pomocy fachowej podmiotom realizującym zadania w zakresie przeciwdziałania narkomanii, w tym jednostkom samorządu terytorialnego oraz podmiotom prowadzącym działalność oświatowo-informacyjną, badawczą, profilaktyczną, leczniczą, rehabilitacyjną i reintegracyjną,
- współpraca z organizacjami międzynarodowymi prowadzącymi działalność w zakresie przeciwdziałania narkomanii i likwidacji szkód nią wywołanych,
- prowadzenie krajowego systemu informacji o narkotykach oraz monitorowanie działań podejmowanych na rzecz przeciwdziałania narkomanii na poziomie krajowym i międzynarodowym,
- opracowywanie i publikowanie corocznego raportu o stanie narkomanii w Polsce,
- podejmowanie działań interwencyjnych w sprawach skarg i wniosków dotyczących problematyki przeciwdziałania narkomanii, kierowanych do Biura lub do ministra właściwego do spraw zdrowia,
- wykonywanie innych zadań w zakresie przeciwdziałania narkomanii, zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia,
- dofinansowywanie kosztów szkoleń w dziedzinie uzależnienia,
- obsługa techniczno-organizacyjna Rady do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

Na poziomie samorządów wojewódzkich opracowane są Wojewódzkie Programy Przeciwdziałania Narkomanii, które stanowią część strategii w zakresie polityki społecznej.

Organy wykonawcze samorządu województwa:

- odpowiadają za przygotowanie projektu Wojewódzkiego Programu i jego realizację oraz koordynację,
- udzielają pomocy merytorycznej podmiotom realizującym zadania objęte Wojewódzkim Programem,



- współdziałają z innymi organami administracji publicznej w zakresie przeciwdziałania narkomanii.

Przeciwdziałanie narkomanii na poziomie gminnym należy do zadań własnych jst i obejmuje:

- zwiększanie dostępności pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych i osób zagrożonych uzależnieniem,
- udzielanie rodzinom, w których występują problemy narkomanii, pomocy psychospołecznej i prawnej,
- prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć sportowo-rekreacyjnych dla uczniów, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych,
- wspomaganie działań instytucji, organizacji pozarządowych i osób fizycznych, służących rozwiązywaniu problemów narkomanii,
- pomoc społeczną osobom uzależnionym i rodzinom osób uzależnionych dotkniętym ubóstwem i wykluczeniem społecznym i integrowanie ze środowiskiem lokalnym tych osób z wykorzystaniem pracy socjalnej i kontraktu socjalnego.

Wójt (burmistrz, prezydent miasta) w celu realizacji powyższych zadań opracowuje projekt Gminnego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, który stanowi część gminnej strategii rozwiązywania problemów społecznych.

W Gminnym Programie uwzględnia się działalność wychowawczą, edukacyjną, informacyjną i profilaktyczną prowadzoną w szkołach i placówkach systemu oświaty. Ponadto Gminny Program zawiera diagnozę w zakresie występujących w szkołach i placówkach systemu oświaty czynników ryzyka i czynników chroniących.

Ponadto przy Prezesie Rady Ministrów utworzona została Rada do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, która jest organem koordynacyjno-doradczym w sprawach z zakresu przeciwdziałania narkomanii.

W celu oceny potencjalnych zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi wynikających z używania substancji, działających na OUN, Minister właściwy do spraw zdrowia powołuje Zespół do spraw oceny ryzyka zagrożeń dla zdrowia lub życia ludzi związanych z używaniem nowych substancji psychoaktywnych.

#### Leczenie uzależnień:

Na podstawie rozporządzenia dotyczącego POZ można odnaleźć zapisy odnoszące się do ogólnie pojętego „*poradnictwa w zakresie prozdrowotnego stylu życia*” w ramach bilansów szkolnych.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1285) osoby, u których zostanie zdiagnozowane uzależnienie od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych mają możliwość skorzystania ze świadczeń w warunkach stacjonarnych, dziennych lub ambulatoryjnych.

Zakres interwencji w warunkach stacjonarnych obejmuje:

- leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja),
- leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacja),
- leczenie uzależnień,
- świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu,
- świadczenia terapii dla uzależnionych od alkoholu ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi (podwójna diagnoza),
- krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych,
- świadczenia terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi, głównie psychotycznymi (podwójna diagnoza),
- świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych,

- świadczenia rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi, głównie psychotycznymi (podwójna diagnoza),
- świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia,
- świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich,
- świadczenia dla uzależnionych od alkoholu,
- świadczenia dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych,
- świadczenia rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

Zakres interwencji w warunkach dziennych obejmuje świadczeniaienne:

- terapii uzależnienia od alkoholu,
- terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych,
- leczenia uzależnień.

Zakres interwencji w warunkach ambulatoryjnych obejmuje: poradę lub wizytę diagnostyczną; poradę lub wizytę terapeutyczną; poradę lub wizytę lekarską; wizytę instruktora terapii uzależnień; sesję psychoterapii indywidualnej; sesję psychoterapii rodzinnej; sesję psychoterapii grupowej; sesję psychoedukacyjną w ramach:

- leczenia uzależnień,
- świadczeń antynikotynowych,
- świadczeń terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia,
- świadczeń terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży,
- świadczeń terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol.

Ponadto w przypadku zespołu uzależnienia od opiatów świadczeniem gwarantowanym w warunkach ambulatoryjnych jest program leczenia substytucyjnego.

#### Wsparcie telefoniczne:

„Pomarańczowa Linia” to program informacyjno-konsultacyjny dla rodziców dzieci pijących alkohol i zażywających narkotyki. Głównym celem programu jest wstępna konsultacja telefoniczna lub on-line oraz pomoc w dotarciu do specjalistycznych placówek zajmujących się tego rodzaju problematyką. Program posiada ogólnopolską bazę danych dotyczącą leczenia uzależnień oraz miejsc pomocy dla osób dotkniętych problemem uzależnień. Program jest formą wsparcia dla rodziców i opiekunów, obawiających się o bezpieczeństwo i zdrowie swoich dzieci, mających poczucie, że są bezradni wobec faktu sięgania przez nastolatka po alkohol lub inne środki psychoaktywne (narkotyki, leki, itp.).

Telefon Zaufania „Narkotyki-Narkomania” został uruchomiony w listopadzie 2000 roku jako zadanie własne KBPN. Działa na zasadzie infolinii, z którą połączenie kosztuje rozmówcę jedynie cenę pierwszego impulsu. Oferta Telefonu skierowana jest do osób z problemem narkomanii: osób używających narkotyków, uzależnionych oraz ich bliskich (KBPN 2018).

## 5. Wskaźniki dotyczące monitorowania i ewaluacji

### 5.1. Monitorowanie

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły. Ocena zgłaszalności do programu stanowi istotny element monitorowania i powinna być prowadzona przy wykorzystaniu co najmniej następujących mierników:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie i wzięły udział w wywiadzie kwalifikacyjnym,
- liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej,
- liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym,
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na każdym zaplanowanym etapie,
- liczba dzieci i młodzieży, które wzięły udział w zaplanowanych szkoleniach z zakresu profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych,
- liczba osób poddanych interwencji antyżywkowej,
- liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów),
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie na każdym zaplanowanym etapie.

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ, w formie elektronicznej bazy danych np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail),
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ,
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik,
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Zalecane jest przeprowadzenie oceny jakości udzielanych świadczeń w ramach PPZ. W tym celu każdemu uczestnikowi PPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta. Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.

### 5.2. Ewaluacja

Ewaluację należy przeprowadzić po zakończeniu programu i umieścić w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego PPZ.

W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji ogólnej na obszarze objętym PPZ, wyrażonej w:

- odsetku osób, u których doszło do ograniczenia lub całkowitego porzucenia nałogu,
- odsetku osób, u których doszło do wystąpienia uzależnienia od substancji psychoaktywnych pomimo przeprowadzonych działań profilaktycznych, w stosunku do wszystkich osób uczestniczących w programie,
- liczbie osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) na temat uzależnień od substancji psychoaktywnych.
- odsetku osób, u których doszło do stwierdzenia obecności uzależnienia od jakichkolwiek substancji psychoaktywnych.
- odsetku osób skierowanego na leczenie w związku z obecnością uzależnienia od substancji psychoaktywnych.



## 6. Modelowe rozwiązanie

Modelowe rozwiązanie zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2020 poz. 1398 z późn. zm.) oraz zostało przygotowane w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476).

### 6.1. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia PPZ

#### 6.1.1. Opis problemu zdrowotnego

Patrz pkt 1 rekomendacji.

#### 6.1.2. Dane epidemiologiczne

*UWAGA: Należy dokonać analizy potrzeb zdrowotnych w danym regionie, stopnia ich zaspokojenia oraz zidentyfikowania obszarów, w których zastosowanie określonych interwencji może przynieść największe efekty zdrowotne. Należy wziąć pod uwagę dane epidemiologiczne, które wskazywać będą na rozpowszechnienie problemu na określonym obszarze oraz przedstawią jego sytuację na tle kraju.*

*Projekt programu polityki zdrowotnej należy opracować na podstawie map potrzeb zdrowotnych i dostępnych danych epidemiologicznych. Zaleca się odniesienie do wyników badania Global Burden of Disease 2019 (GBD) w zakresie wskaźnika oceny stanu zdrowia ludności mierzącego obciążenie chorobowe ludności świata (DALY). Część wyników badania GBD jest dostępna w ramach map potrzeb zdrowotnych. Metodologia badania GBD oraz informacje nt. wskaźnika DALY - <https://www.aotm.gov.pl/gbd/>*

Patrz pkt 1 rekomendacji.

#### 6.1.3. Opis obecnego postępowania

*UWAGA: opis aktualny na dzień utworzenia raportu. Przy planowaniu i wdrażaniu PPZ należy każdorazowo zweryfikować aktualność opisu i wprowadzić ewentualne zmiany.*

Patrz pkt 4 rekomendacji.

### 6.2. Cele PPZ i mierniki efektywności jego realizacji

*Cel główny oraz cele szczegółowe należy uzupełnić o liczbowe wartości docelowe wskazane znakami „.....%”. Stanowią one wyznacznik deklarowanej efektywności planowanych interwencji. Przyjmowane wartości docelowe będą uzależnione od wielu czynników, np. profil populacji docelowej, wcześniej realizowanych działań na obszarze objętym PPZ, dotychczasowe doświadczenia przy realizacji podobnych działań. Tym samym niezbędne jest indywidualne dobieranie wartości docelowych do konkretnej sytuacji. W treści projektu należy zamieścić opis czynników, które zostały wzięte pod uwagę przy jej ustalaniu. Sugerowanym postępowaniem jest*

*nawiązanie dialogu między Radą ds. programu a przedstawicielami potencjalnych realizatorów tak, aby przyjęte cele zarówno świadczyły o skuteczności działań, jak i były możliwe do osiągnięcia.*

### 6.2.1. Cel główny

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących uzależnień od substancji psychoaktywnych, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród .....%\* uczestników programu.

\* wyjaśnienie symbolu „.....%” znajduje się w ramce powyżej.

### 6.2.2. Cele szczegółowe

6.2.2.1. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród .....% personelu medycznego w zakresie działań profilaktycznych i komunikacji z pacjentem, u którego stwierdzono obecność uzależnień od substancji psychoaktywnych.

6.2.2.2. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród .....% świadczeniobiorców w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących uzależnień od substancji psychoaktywnych.

6.2.2.3. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród .....% pracodawców w zakresie palenia tytoniu i użytkowania innych substancji psychoaktywnych w miejscu pracy.

6.2.2.4. Zwiększenie liczby palaczy decydujących się na ograniczenie lub zaprzestanie palenia tytoniu o .....% w stosunku do wszystkich uczestników programu.

### 6.2.3. Mierniki efektywności realizacji PPZ

Cel	Miernik
Główny	Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
6.2.2.1.	Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.
6.2.2.2.	Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.
6.2.2.3.	Odsetek pracodawców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich pracodawców, którzy wypełnili pre-test.
6.2.2.4	Odsetek osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, u których doszło do ograniczenia lub całkowitego zaprzestania użytkowania danej substancji, w stosunku do wszystkich osób poddanych interwencji antyuzywkowej.

### 6.3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji planowanych w ramach PPZ

### 6.3.1. Populacja docelowa

*UWAGA: Istotne jest określenie wielkości populacji docelowej w danym rejonie oraz wskazanie, jaki odsetek tej populacji jest możliwy do włączenia do PPZ przy posiadanych zasobach oraz przy zachowaniu równego dla wszystkich uczestników dostępu do działań oferowanych w ramach PPZ. Im większa włączona do PPZ populacja, tym większe są możliwości uzyskania widocznych efektów zdrowotnych w danym zakresie.*

Patrz pkt 2.2. rekomendacji.

### 6.3.2. Kryteria kwalifikacji do PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ

*UWAGA: Na etapie tworzenia projektu PPZ możliwe jest wprowadzenie dodatkowych kryteriów włączenia i wykluczenia tak, aby działaniami objąć grupę osób ze zdiagnozowaną największą niezaspokojoną potrzebę zdrowotną, a tym samym dążyć do maksymalizacji efektu zdrowotnego uzyskiwanego przy posiadanych zasobach finansowych. Każde dodatkowo wprowadzane kryterium powinno zostać wyczerpująco uzasadnione. Przy wprowadzaniu dodatkowych kryteriów należy pamiętać o zasadzie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a tym samym wszelkie wprowadzane kryteria powinny być oparte wyłącznie na przesłankach merytorycznych, np. danych epidemiologicznych przytaczanych z wiarygodnych źródeł. Możliwe jest jedynie zawężenie populacji względem tej, która została określona w treści niniejszej rekomendacji.*

Etapy PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Wizyta kwalifikacyjna	<ul style="list-style-type: none"> <li>wszystkie osoby włączone do programu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pozostawanie pod opieką poradni psychiatrycznej.</li> </ul>
Działania informacyjno-edukacyjne	<ul style="list-style-type: none"> <li>wszystkie osoby włączone do programu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat.</li> </ul>
Szkolenia dla personelu medycznego	<ul style="list-style-type: none"> <li>personel medyczny zaangażowany w realizację programu, np. psychiatrzy, lekarze POZ, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat;</li> <li>wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim.</li> </ul>
Szkolenia dla dzieci i młodzieży	<ul style="list-style-type: none"> <li>dzieci i młodzież w wieku szkolnym (do 19 lat);</li> <li>wyrażenie przez rodzica/opiekuna prawnego zgody na wzięcie udziału dziecka w zaplanowanych szkoleniach.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>wyrażenie przez rodzica/opiekuna prawnego zgody na wzięcie udziału dziecka w zaplanowanych szkoleniach.</li> </ul>
Szkolenia dla pracodawców	<ul style="list-style-type: none"> <li>pracodawcy zakładów pracy, w których pracownicy stosują substancje psychoaktywne,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat.</li> </ul>

	a w szczególności wyroby tytoniowe.	
Interwencja antyżywkowa	<ul style="list-style-type: none"> <li>osoby, u których stwierdza się obecność uzależnienia od substancji psychoaktywnych.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat.</li> <li>pozostawanie pod opieką poradni psychiatrycznej.</li> </ul>

### 6.3.3. Planowane interwencje

*UWAGA: W trakcie planowania PPZ określić należy jakie działania w danym problemie zdrowotnym mogą zostać wdrożone przy posiadanych zasobach finansowych, materialnych i ludzkich. Należy przeprowadzić dokładną analizę możliwości danej jednostki – aby wdrożone działania cechowały się jak najwyższą jakością i efektywnością. Istotne jest przełożenie posiadanych zasobów na wyznaczone cele i ocenę możliwości ich realizacji.*

Wszelkie działania planowane w ramach PPZ dotyczące substancji psychoaktywnych powinny zostać dostosowane do wieku populacji docelowej i być zgodne z rekomendacjami towarzystw naukowych oraz dowodami naukowymi. Dotyczy to zarówno treści merytorycznych jak i sposobu przekazywania informacji uczestnikom.

#### **SZKOLENIA DLA PERSONELU MEDYCZNEGO:**

- W ramach PPZ realizowane są szkolenia w obszarach zgodnych ze zdiagnozowanymi potrzebami. Diagnozy potrzeb dokonuje rada ds. programu (opis Rady przedstawiono w rozdziale „Organizacja PPZ”).
- Formy szkolenia są dostosowane do potrzeb personelu medycznego, np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje.
- W ramach szkoleń należy zapoznać personel medyczny z zalecanymi przez rekomendacje metodami profilaktyki oraz diagnostyki uzależnień od substancji psychoaktywnych.
- W trakcie szkoleń należy zapoznać personel z zasadami komunikacji z osobami uzależnionymi. Należy również podkreślić istotę nawiązania kontaktu między personelem medycznym, a osobą uzależnioną, jako istotnego elementu prowadzonych działań leczniczych.
- W trakcie szkolenia należy wielokrotnie podkreślać potrzebę prowadzenia działań profilaktycznych nakierowanych na uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz zachęcić personel medyczny do informowania o tym pacjentów.
- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.

#### **DZIAŁANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNE:**

- Przygotowanie broszur z informacjami na temat programu i istoty działań profilaktycznych nakierowanych na uzależnienia od substancji psychoaktywnych.
- Personel medyczny powinien przekazywać pacjentowi informację na temat dostępności programu oraz korzyści płynących z udziału w nim.
- Rozpoczęcie kampanii edukacyjno-informacyjnej nakierowanej na podniesienie poziomu wiedzy populacji ogólnej nt. uzależnień od substancji psychoaktywnych:
  - korzyści wynikających z wdrażania do codziennej praktyki działań profilaktycznych, takich jak aktywność fizyczna,
  - potencjalnych czynników ryzyka występowania uzależnień od substancji psychoaktywnych w populacji,



- szkód wynikających z długotrwałego użytkowania określonych używek oraz wielochorobowości z nimi związanymi,
- skutków zdrowotnych związanych z brakiem leczenia uzależnienia,
- ogólnego wpływu uzależnienia na stosunki interpersonalne, kontakty społeczne oraz bezpośredniego wpływu nadmiernego użytkowania danej substancji na osoby z najbliższego otoczenia.
- Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji. Przykładowymi formami działań edukacyjnych może być wykład, szkolenie online, konferencja. Dodatkowo dopuszcza się również możliwość edukacji indywidualnej podczas wizyt lekarskich.
- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w działaniach informacyjno-edukacyjnych, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.
- W ramach edukacji należy poruszyć również kwestie alternatywnych sposobów przyjmowania używek oraz innych substancji nie kwalifikujących się jako alkohol, tytoń lub narkotyki.
- W przypadku gdy dostępne są materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy w pierwszej kolejności zapoznać się z dostępnymi treściami oraz w miarę możliwości zaadaptować je do indywidualnych potrzeb projektu (przestrzegając przy tym przepisów dot. praw autorskich). Prezentowane treści muszą być rzetelne oraz całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej, np.:
  - materiały edukacyjne sporządzone w ramach programu „Profilaktyka uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych”,
  - materiały edukacyjne sporządzone przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych,
  - materiały edukacyjne sporządzone przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

#### **SKOLENIA DLA DZIECI I MŁODZIEŻY**

- Szkolenia mają na celu zapoznanie dzieci i młodzieży z problematyką uzależnień od substancji psychoaktywnych, ich skutków zdrowotnych, wpływu na stosunki społeczne oraz sytuację ekonomiczną.
- Forma oraz treść prowadzonych szkoleń powinna być dostosowana do wieku uczestników.
- Ww. szkolenia powinny realizować określoną tematykę dotyczącą:
  - skutków zdrowotnych długotrwałego zażywania substancji psychoaktywnych,
  - wpływu uzależnienia na relacje z rówieśnikami, rodziną oraz innymi grupami społecznymi,
  - skutków prawnych związanych z posiadaniem bądź użytkowaniem określonych substancji,
  - istoty prowadzenia działań nakierowanych na profilaktykę uzależnień jak aktywność fizyczna.
- W ramach szkoleń należy poruszyć kwestię innych substancji uzależniających (m.in. dopalaczy, leków i gazów wywołujących stan odurzenia) oraz alternatywnych metod użytkowania danych używek (m.in. e-papierosów, tabaki lub cygar).
- W ramach szkolenia należy poinformować uczestników o dostępnych metodach leczniczych i podać kontakt do organizacji wspomagających osoby uzależnione w procesie porzucenia nałogu.
- W ramach szkoleń należy starać się utrwalić w świadomości dzieci i młodzieży ogólnie przyjęty wizerunek osoby niepalącej i niespożywającej alkoholu przed ukończeniem 18 r.ż.

#### **SKOLENIA DLA PRACODAWCÓW**

- Działaniami edukacyjnymi powinni być również objęci pracodawcy zakładów pracy, w których zidentyfikowano obecność nadużywania substancji psychoaktywnych, w tym również palenia tytoniu.

- Szkolenia powinny obejmować także dyrektorów i osoby zarządzające ośrodkami oświaty. Dotyczy to w szczególności uniwersytetów i wszelkich innych placówek szkolnictwa wyższego.
- Szkolenia powinny realizować określoną tematykę związaną z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych:
  - informacja na temat nadużywania ww. substancji, a w szczególności palenia tytoniu,
  - czynniki ryzyka chorób współtowarzyszących uzależnieniom oraz konieczność wprowadzania całkowitego zakazu użytkowania substancji psychoaktywnych na terenie i w pobliżu zakładu pracy,
  - edukacja na temat konieczności tworzenia stref wolnych od palenia oraz istotności ochrony pracowników przed biernym paleniem w związku z ogólnodostępnością nikotyny i wyrobów tytoniowych,
  - informacja na temat dostępności do programów zdrowotnych przeciwdziałających paleniu oraz nadużywaniu innych substancji psychoaktywnych.
- W przypadku realizacji szkoleń dla pracowników i pracodawców należy zapoznać się i skorzystać z istniejących materiałów dotyczących tej tematyki:
  - Opracowanej przez CDC rekomendacji w zakresie ograniczania palenia tytoniu w miejscu pracy – *„Implementing a Tobacco-Free Campus Initiative in Your Workplace”*,
  - Rekomendacji CDC/NIOSH dotyczącej edukacji i interwencji w celu ograniczenia palenia przez pracowników – *„Promoting Health and Preventing Disease and Injury through Workplace Tobacco Policies”*.
- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu dla pracodawców, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.

#### **WIZYTA KWALIFIKACYJNA:**

- Podczas wizyty kwalifikacyjnej zostanie przeprowadzony wywiad i badanie lekarskie w celu identyfikacji osób przynależących do grup wysokiego ryzyka bądź obecności zachowań, które determinują wzrost ryzyka wystąpienia uzależnień od substancji psychoaktywnych.
- W ramach wizyty kwalifikacyjnej zostanie przeprowadzony wywiad w celu wstępnej oceny ryzyka wystąpienia lub już rozwiniętego uzależnienia od substancji psychoaktywnych. W wywiadzie należy skupić się na zastosowaniu dostępnych opracowanych kwestionariuszy nakierowanych na identyfikację osób uzależnionych lub osób z grupy wysokiego ryzyka wystąpienia uzależnienia. W ramach wywiadu możliwe jest zastosowanie takich narzędzi jak:
  - test Fagerström'a,
  - kwestionariusza AUDIT-C,
  - kwestionariusza ASSIST,
  - kwestionariusza NIDA,
  - badania SASQ,
- W ramach wizyty kwalifikacyjnej należy również dokonać oceny ryzyka wystąpienia uzależnienia w oparciu o osobnicze czynniki środowiskowe takie jak:
  - obecność w historii rodziny przypadków uzależnienia od substancji psychoaktywnych,
  - obecność kontaktów z rówieśnikami, u których stwierdza się obecność uzależnienia od substancji psychoaktywnych,
  - wszelkie niekorzyści wynikające z miejsca bytowania i stosunków społecznych.
- W oparciu o wyniki wizyty kwalifikacyjnej należy dostosować dalsze postępowanie.
- Osoby, u których wykluczona zostanie przynależność do grup wysokiego ryzyka, bądź obecność zachowań, które determinują wzrost ryzyka wystąpienia uzależnień od substancji psychoaktywnych, zakończą udział w programie

## **INTERWENCJA ANTYUŻYWKOWA:**

- W przypadku stwierdzenia u uczestnika programu obecności uzależnienia od substancji psychoaktywnej należy wdrożyć u niego interwencję nacelowaną na ograniczenie lub całkowite porzucenie nałogu.
- W ramach interwencji zaleca się przeprowadzenie z pacjentem rozmowy motywacyjnej podczas, której należy zaproponować podjęcie próby porzucenia nałogu. Istotnym jest, aby w trakcie interwencji nie prowokować, nie krytykować ani nie osądzać poczynań uczestnika programu. Personel medyczny powinien zostać w tym przypadku przeszkolony z komunikacji z tego typu osobami.
- Podczas interwencji należy zwrócić uwagę uczestnika, nie tylko na aspekty zdrowotne uzależnienia, ale także na skutki ekonomiczne oraz społeczne.
- W przypadku wyrażenia przez uczestnika chęci podjęcia próby porzucenia nałogu należy udzielić mu informacji na temat dostępnych możliwości leczenia oraz poinformować go o ośrodkach zajmujących się leczeniem uzależnień.

### **6.3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach PPZ**

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach ogłoszonego konkursu ofert.

### **6.3.5. Sposób zakończenia udziału w PPZ**

Kryteria zakończenia udziału w PPZ:

- zrealizowanie przez uczestnika wszystkich zaplanowanych interwencji,
- skierowania uczestnika programu do poradni leczenia uzależnień,
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ,
- zakończenie realizacji PPZ.

## **6.4. Organizacja PPZ**

### **6.4.1. Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów**

1. Stworzenie rady np. programu, w skład której wejdą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m. in. Przedstawiciele JST, przedstawiciele lokalnych ośrodków zdrowia, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, np.). Rada np. programu powinna pełnić rolę wspierającą program, np. w zakresie organizacji programu, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej. Rada np. programu jest odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawicieli odpowiednich instytucji (również niemedycznych istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie. Koordynator PPZ, który merytorycznie odpowiadał będzie za praktyczną realizację programu we współpracy ze wszystkimi specjalistami zaangażowanymi w program, powinien być przewodniczącym rady np. programu (zalecane) lub jej członkiem. Środki finansowe związane z działalnością rady np. programu nie powinny przekraczać więcej niż 5% całego budżetu.
2. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w np. 48aa ust. 11. Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z np. 48b ust. 1 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

4. Wybór realizatorów (możliwość przeprowadzenia szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
5. Przeprowadzenie interwencji: szkoleń dla personelu medycznego, działań edukacyjno-informacyjnych, szkoleń dla dzieci i młodzieży, szkoleń dla pracodawców, wizyty kwalifikacyjnej, interwencji antyduchowej.
6. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (ocena okresowa).
7. Zakończenie realizacji PPZ.
8. Rozliczenie finansowe PPZ.
9. Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji.

#### **6.4.2. Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych**

Patrz pkt 2.3. rekomendacji.

### **6.5. Sposób monitorowania i ewaluacji PPZ**

#### **6.5.1. Monitorowanie**

*Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej powinno być prowadzone na bieżąco (np. przez tworzenie raportów okresowych) i zostać zakończone wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej. Powinno się składać z oceny zgłaszalności oraz oceny jakości świadczeń realizowanych w ramach PPZ.*

*W przypadku realizacji programu wieloletniego, po każdym roku realizacji działań programowych dodatkowo należy przygotować raport, w którym przeanalizowane zostaną wskaźniki kluczowe dla sukcesu programu (zarówno pod kątem zgłaszalności jak i jakości świadczeń). Dane uzyskane w wyniku okresowej analizy powinny służyć ewentualnej korekcie działań w przyszłych latach realizacji programu, tak aby z roku na rok maksymalizować efekty programu.*

*Należy rozważyć zlecenie prowadzenia monitorowania przez eksperta zewnętrznego.*

Patrz pkt 5.1 rekomendacji.

#### **6.5.2. Ewaluacja**

*Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach PPZ i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ.*

*Należy rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego.*

Patrz pkt 5.2 rekomendacji.

### **6.6. Budżet PPZ**

*W przypadku, gdy w programie występuje kilka interwencji, które są stosowane z podziałem na poszczególne grupy uczestników, sugeruje się określenie kosztu jednostkowego każdej z grup interwencji.*

*Zaplanowane w programie zasoby finansowe powinny być wydatkowane w sposób optymalny i efektywny, z zapewnieniem środków dla każdego uczestnika kwalifikującego się do udziału.*

### 6.6.1. Koszty jednostkowe

*Budżet programu powinien uwzględniać wszystkie koszty poszczególnych składowych (tj. koszty interwencji, wynagrodzeń, wynajmu pomieszczeń, działań edukacyjnych, promocji i informacji itp.). Należy także podzielić koszty na poszczególne usługi i świadczenia zdrowotne oferowane w ramach PPZ i wskazać sumaryczny koszt wszystkich kosztów cząstkowych.*

Budżet powinien zawierać wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

- koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjno-promocyjnej,
- koszt przeprowadzenia szkolenia dla personelu medycznego,
- koszt przygotowania materiałów edukacyjnych,
- koszt prowadzenia działań edukacyjnych,
- koszt realizacji wywiadu kwalifikacyjnego,
- koszt przeprowadzenia szkolenia dla dzieci i młodzieży,
- koszt przeprowadzenia szkolenia dla pracodawców,
- koszt realizacji interwencji antyżywkowej,
- koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

Koszty jednostkowe poszczególnych pozycji nie powinny znacząco odbiegać od cen rynkowych.

W poniższej tabeli przedstawiono przykładowe zestawienie kosztów jednostkowych PPZ:

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych [3×4]
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
<b>Koszty pośrednie (katalog otwarty)</b>				
1.	Ewaluacja i monitorowanie		do 10% całkowitego budżetu PPZ	
2.	Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia			
3.	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ			

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych [3×4]
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4.	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)			
<b>Koszty bezpośrednie</b>				
1.	Koszt przygotowania i prowadzenia działań edukacyjnych			
2.	Koszt realizacji szkoleń personelu medycznego			
3.	Koszt realizacji wywiadu kwalifikacyjnego			
4.	Koszt szkoleń dla pracodawców			
5.	Koszt szkoleń dla dzieci i młodzieży			
6.	Koszt realizacji interwencji antyżywkowej			
<b>SUMA</b>				

### 6.6.2. Koszty całkowite

Należy wskazać całkowity koszt PPZ do poniesienia w związku z jego realizacją. Planowane nakłady należy przedstawić w układzie tabelarycznym. Należy wskazać łączny koszt realizacji PPZ za cały okres jego realizacji oraz w podziale na poszczególne lata, uwzględniając tym samym podział kosztów na poszczególne lata realizacji PPZ, z uwzględnieniem wydatków bieżących i majątkowych (jeżeli dotyczy), w zależności od źródła finansowania.

Koszty całkowite realizacji PPZ:

Rok realizacji PPZ	Koszt całkowity
20XX r.	
20XX r.	
<b>Koszt całkowity</b>	

### 6.6.3. Źródła finansowania

Istotne jest wskazanie jednostki, odpowiedzialnej za finansowanie PPZ. W przypadku partnerstwa w kwestii finansowania należy określić jaki udział będzie mieć finansowanie pochodzące z innego źródła niż budżet JST. W przypadku, gdyby do programu miała zostać włączona np. jednostka badawcza, również należy określić zakres partnerstwa. W przypadku programów wieloletnich ważnym jest, aby w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego zawrzeć klauzulę o zobowiązaniu do ustalania corocznie szczegółowego nakładu z budżetu jednostki

*samorządu terytorialnego (samorządy terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, więc warunkuje to także konieczność ścisłego planowania).*

### **Podstawa przygotowania rekomendacji**

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz. U. z 2020 r., poz. 1398 z późn. zm.) po uzyskaniu Opinii Rady Przejrzystości nr 187/2020 z dnia 27 lipca 2020 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej z uwzględnieniem raportu „Profilaktyka uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych”. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów (art. 48aa ust. 1 Ustawy)”, data ukończenia Raportu: lipiec 2020.

<b>Opinia RP</b>	Opinia Rady Przejrzystości nr 187/2020 z dnia 27 lipca 2020 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych z uwzględnieniem raportu „Profilaktyka uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych”.
<b>Raport</b>	Raport nr OT.423.6.2019 „Profilaktyka uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych”, data ukończenia raportu: lipiec 2020.
<b>AAFP 2013</b>	American Academy of Family Physicians(2013). Primary Care Approach to Substance Misuse. B. SHAPIRO,D. COFFA, E. F. McCANCE-KATZ. 2013;88(2):113-121
<b>AAFP 2018</b>	Klega, A. E., & Keehbauch, J. T. (2018). Stimulant and designer drug use: primary care management. <i>American family physician</i> , 98(2), 85-92.
<b>AFP 2011</b>	Australian Family Physician (2011).Problem drinking Management in general practice. Vol. 40, No. 8 August 2011
<b>AFP 2014</b>	Australian Family Physician (2014). Alcohol: prevention, policy and primary care responses. REPRINTED FROM AUSTRALIAN FAMILY PHYSICIAN VOL. 43, NO. 6, JUNE 2014
<b>AFP 2016</b>	Australian Family Physician (2016). Alcohol screening and brief interventions in primary care – Evidence and a pragmatic practice-based approach. REPRINTED FROM AFP VOL.45, NO.10,The Royal Australian College of General Practitioners 2016
<b>CBOS 2019</b>	CBOS (2019). Palenie papierosów. Komunikat z badań Nr 104/2019. ISSN 2353-5822
<b>CDC/NIOSH 2015</b>	Castellan, R. M., Chosewood, L. C., Trout, D., Wagner, G. R., Weissman, D. N., Caruso, C. C., ... & McCrone, S. H. (2015). Promoting health and preventing disease and injury through workplace tobacco policies.
<b>CINN 2020</b>	Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (2020).Raport o stanie narkomanii w Polsce w 2019 roku. Pozyskano z : <a href="https://www.cinn.gov.pl/portal?id=1582300">https://www.cinn.gov.pl/portal?id=1582300</a> dostęp z dn.24.06.2020
<b>EAR 2017</b>	European Addiction Research (2017). German Guidelines on Screening, Diagnosis and Treatment of Alcohol Use Disorders. <i>Eur Addict Res</i> 2017;23:45–60, 2017 S. Karger AG, Basel
<b>ENSP 2018</b>	European Network for Smoking and Tobacco Prevention (2018). 2018 Guidelines for treating tobacco dependence. Pozyskano z: <a href="http://elearning-ensp.eu/pluginfile.php/1052/mod_resource/content/2/guidelines_2018_english.pdf">http://elearning-ensp.eu/pluginfile.php/1052/mod_resource/content/2/guidelines_2018_english.pdf</a> Dostęp z: 16.06.2020.
<b>ENSP 2018</b>	ENSP (2018). Wytyczne dotyczące leczenia uzależnienia od tytoniu. Pozyskano z <a href="http://elearning-ensp.eu/assets/guides/guidelines_2018_polish.pdf">http://elearning-ensp.eu/assets/guides/guidelines_2018_polish.pdf</a> , dostęp z 17.06.2020
<b>Fudała 2013</b>	Fudała. J. (2013). Leczenie uzależnienia od alkoholu. Pozyskano z: <a href="https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/69539,leczenie-uzaleznienia-od-alkoholu">https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/69539,leczenie-uzaleznienia-od-alkoholu</a> , dostęp z 16.06.2020
<b>GUS 2020</b>	Główny Urząd Statystyczny (2020). Leczeni w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu. Pozyskano z: <a href="https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/tablica">https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/tablica</a> dostęp z dn. 23.06.2020.
<b>GUS 2020</b>	Główny Urząd Statystyczny (2020). Używanie tytoniu. Pozyskano z: <a href="https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/tablica">https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/tablica</a> dostęp z dn. 23.06.2020.
<b>KANTAR 2017</b>	Kantar Public (2017) Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu Kantar Public dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Pozyskano z : <a href="https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/04/Postawy-Polaków-do-palenia-tytoniu-Raport-2017.pdf">https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/04/Postawy-Polaków-do-palenia-tytoniu-Raport-2017.pdf</a> . dostęp z 23.06.2020 r.
<b>KBPN 2016</b>	KBPN (2016). Standardy profilaktyki. Pozyskano z: <a href="https://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707">https://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707</a> , dostęp z 19.06.2020
<b>KBPN 2012</b>	KBPN (2012) Uzależnienie od narkotyków Podręcznik dla terapeutów. Pozyskano z: <a href="https://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707">https://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707</a> , dostęp z 16.06.2020
<b>KBPN 2018</b>	KBPN (2018). Standardy postępowania wobec osób używających nowych substancji psychoaktywnych (NSP). Poradnik dla pracowników medycznych. Pozyskano z: <a href="https://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707">https://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707</a> , dostęp z 18.06.2020
<b>Kiejna 2015</b>	Kiejna, A., Adamowski, T., Piotrowski, P., Moskalewicz, J., Wojtyniak, B., Świątkiewicz, G., ... & Kessler, R. C. (2015). Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność



	psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP–Polska–metodologia badania. <i>Psychiatr Pol</i> , 49(1), 5-13.
<b>Klimkiewicz 2013</b>	Klimkiewicz. A. (2013). Choroby somatyczne spowodowane używaniem alkoholu. Pozyskano z: <a href="https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/81417,choroby-somatyczne-spowodowane-uzywaniem-alkoholu">https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/81417,choroby-somatyczne-spowodowane-uzywaniem-alkoholu</a> , dostęp z 16.06.2020
<b>MPZ 2018</b>	Ministerstwo Zdrowia (2018). Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie uzależnień. Pozyskano z: <a href="http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/11/Mapa_potreb_zdrowotnych_zaburzenia_psychiczne_mazowieckie.pdf">http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/11/Mapa_potreb_zdrowotnych_zaburzenia_psychiczne_mazowieckie.pdf</a> dostęp z dn. 23.06.2020
<b>MZ 2018</b>	Ministerstwo Zdrowia (2018). Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych. Pozyskano z : <a href="https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/82426/Zalacznik_17.pdf">https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/82426/Zalacznik_17.pdf</a> dostęp z dn.23.06.2020
<b>NIAAA 2011</b>	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2011). Screening and Brief Intervention for Youth a Practitioner’s guide. Monitoring the Future national survey results on adolescent drug use: Overview of key findings, 2010. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan, 77 pp.
<b>NICE 2010</b>	The National Institute for Health and Care Excellence( 2010). Alcohol-use disorders: prevention
<b>NICE 2011a</b>	The National Institute for Health and Care Excellence( 2011). Alcohol-use disorders: diagnosis and management.
<b>NICE 2011b</b>	The National Institute for Health and Care Excellence( 2011). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence
<b>NICE 2015</b>	National Institute for Health and Care Excellence (2017). Smoking:reducing and preventing tobacco use. Pozyskano z: <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/qs82">https://www.nice.org.uk/guidance/qs82</a> , Dostęp z:18.06.2020
<b>NICE 2017</b>	National Institute for Health and Care Excellence (2017). Drug misuse prevention: targeted interventions. Pozyskano z: <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng64">https://www.nice.org.uk/guidance/ng64</a> , Dostęp z:17.06.2020
<b>NICE 2018</b>	Linden, B. (2018). Stop smoking interventions and services: 2018 NICE guideline. <i>British Journal of Cardiac Nursing</i> , 14(3), 139-141.
<b>NIK 2018</b>	Najwyższa Izba Kontroli (2018). Informacja o wynikach kontroli. Profilaktyka uzależnień od alkoholu i narkotyków. Pozyskano z: <a href="https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/19/094/">https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/19/094/</a> dostęp z dn. 23.06.2020
<b>PARPA 2019</b>	Podstawowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (2019) Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2020 roku – wydanie I. Warszawa 2019.
<b>PARPA 2019</b>	PARPA. (2019). Czy moje picie jest już problemem. O zaburzeniach związanych z używaniem alkoholu. Pozyskano z: <a href="http://www.parpa.pl/index.php/e-publikacje/kategorie/5-uzaleznienie-od-alkoholu">http://www.parpa.pl/index.php/e-publikacje/kategorie/5-uzaleznienie-od-alkoholu</a> , dostęp z 15.06.2020
<b>PARPA 2020</b>	Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (2020). Badania i informacje statystyczne. Statystyki. Pozyskano z: <a href="http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki">http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki</a> dostęp z dn.23.06.2020
<b>Porębiak 2013</b>	Porębiak (2013). Uzależnienie od nikotyny. Pozyskano z: <a href="https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/70084,uzaleznienie-od-nikotyny">https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/70084,uzaleznienie-od-nikotyny</a> , dostęp z 18.06.2020
<b>RACGP 2014</b>	Zwar, N., Richmond, R., & Borland, R. (2014). Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. The Royal Australian College of General Practitioners: Melbourne 2011.
<b>RACGP 2019</b>	Zwar, N., Richmond, R., Borland, R., Peters, M., Litt, J., Bell, J., ... & Ferretter, I. (2011). Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. <i>Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners</i> .
<b>UNODC 2015</b>	United Nations Office on Drugs and Crime. (2015). International standards on drug use prevention.
<b>USPSTF 2015</b>	Siu, A. L. (2015). Behavioral and pharmacotherapy interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant women: US Preventive Services Task Force recommendation statement. <i>Annals of internal medicine</i> , 163(8), 622-634.

<b>USPSTF 2018</b>	US Preventive Services Task Force (2018). Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. American Medical Association. <i>JAMA</i> . 2018;320(18):1899-1909
<b>USPSTF 2020a</b>	Krist, A. H., Davidson, K. W., Mangione, C. M., Barry, M. J., Cabana, M., Caughey, A. B., ... & Ogedegbe, G. (2020). Primary Care–Based Interventions to Prevent Illicit Drug Use in Children, Adolescents, and Young Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. <i>Jama</i> , 323(20), 2060-2066.
<b>USPSTF 2020b</b>	Krist, A. H., Davidson, K. W., Mangione, C. M., Barry, M. J., Cabana, M., Caughey, A. B., ... & Kubik, M. (2020). Screening for unhealthy drug use: US Preventive Services Task Force recommendation statement. <i>Jama</i> , 323(22), 2301-2309.
<b>USPSTF 2020c</b>	Owens, D. K., Davidson, K. W., Krist, A. H., Barry, M. J., Cabana, M., Caughey, A. B., ... & Kubik, M. (2020). Primary care interventions for prevention and cessation of tobacco use in children and adolescents: US preventive services task force recommendation statement. <i>Jama</i> , 323(16), 1590-1598.
<b>WHO 2009</b>	World Health Organization. (2009). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10, X Rewizja, Tom I. Pozyskano z: <a href="https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf">https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf</a> , dostęp z 15.06.2020
<b>WHO 2010</b>	Manuals. I. Humeniuk, Rachel. II. Henry-Edwards, S., Ali, Robert. I. Poznyak, Vladimir. V. Monteiro, Maristela G. World Health Organization (2010). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Manual for use in primary care.
<b>WHO 2012</b>	Moeller, L., Galea, G., & World Health Organization. (2012). <i>Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches</i> . Copenhagen: WHO Regional Office for Europe..
<b>WHO 2018</b>	World Health Organization (2018) Global status report on alcohol and health 2018. Pozyskano z: <a href="https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en/">https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en/</a> dostęp z dn. 23.06.2020