



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Wydział Oceny Technologii Medycznych

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)

Raport nr: OT.423.6.2019

Warszawa, lipiec 2020

Streszczenie

Problem decyzyjny

Agencja do dnia 22.07.2020 roku, zgodnie z trybem określonym w Ustawie o świadczeniach, otrzymała 48 PPZ z zakresu profilaktyki uzależnień od alkoholu, tytoniu i narkotyków. W niemal połowie przypadków wydano opinię pozytywną lub warunkowo pozytywną, o ile program nie naruszał obecnie obowiązujących przepisów prawa lub nie dublował interwencji ówczesznie zawartych w ogólnokrajowych PPZ bądź programach zdrowotnych. W ocenianych PPZ interwencje skierowane były głównie na ograniczenie lub zaprzestanie użytkowania określonych substancji m.in. poradnictwo antyżywkowe oraz rozmowy motywacyjne. Istotną rolę odgrywała także edukacja uczestników.

Podsumowanie problemu zdrowotnego

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).

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, edukacja i ziołolecznictwo. Formami organizacyjnymi i metodami pomagania osobom uzależnionym od alkoholu działającymi poza leczeniem odwykowym są: punkty konsultacyjne, telefony zaufania, stowarzyszenia i kluby abstyntenckie oraz Wspólnoty Anonimowych Alkoholików (Fudała 2013). Szacuje się, że nadużywanie alkoholu skraca życie średnio o 16 lat (Klimkiewicz 2013).

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 zachorowalności na choroby układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, jak i nowotwory złośliwe (Porębiak 2013).

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 ograniczenie 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).

Podsumowanie epidemiologii

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 (MZ 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) (MZ 2016).

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 dla mężczyzn 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 największy wskaźnik zapadalności przypada na grupę wiekową między 44-54 lat i wynosi odpowiednio 695,2/100 tys. oraz 207,7/100 tys. (MZ 2016).

Alkohol

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. choroby, 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).

Palenie papierosów

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 1 509 przypadków. W roku 2011 zarejestrowano najwyższą jak dotąd liczbę osób palących – 4 113 (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 26% osób rzuciło palenie (CBOS 2019).

Narkotyki i inne substancje psychoaktywne

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 lata. 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 na poziomie 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).

Podsumowanie rekomendacji

Do analizy włączono 26 najaktualniejszych rekomendacji/wytycznych. Wśród nich znalazły się również rekomendacje Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych dotyczące prowadzenia działań profilaktycznych uzależnienia od alkoholu na zasadach Programu Polityki Zdrowotnej.

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, PARPA 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).

Podsumowanie dowodów skuteczności klinicznej

Tytoń

W wyniku wyszukiwania odnaleziono dowody wtórne odnoszące się do wpływu określonych interwencji na tendencję osób uzależnionych od tytoniu do rzucenia lub ograniczenia użytkowania wyrobów tytoniowych. W metaanalizie Kock 2019 autorzy dokonali oszacowania wpływu dopasowanych do potrzeb pacjenta interwencji behawioralnych na prawdopodobieństwo rzucenia lub ograniczenia palenia. Zastosowanie u pacjentów ww. interwencji prowadzi do podwyższenia prawdopodobieństwa rzucenia lub ograniczenia palenia tytoniu do poziomu RR=1,56 [95%CI: (1,39-1,75)]. W przypadku metaanalizy Matkin 2019 autorzy dokonali oszacowania wpływu proaktywnych porad telefonicznych na ww. nałóg. Zastosowanie proaktywnych porad telefonicznych, zarówno u osób korzystających jak i niekorzystających z telefonów zaufania, prowadzi do zwiększenia prawdopodobieństwa rzucenia palenia tytoniu odpowiednio do poziomu 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 elektronicznych 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 dochodzą do wniosku, że realizacja konsultacji w takiej formie prowadzi do zwiększenia prawdopodobieństwa rzucenia lub ograniczenia palenia do poziomu (RR=1,35 [95%CI: (1,03-1,77)]). Natomiast w metaanalizie Aveyard 2011, autorzy oszacowali wpływ porady lekarza na prawdopodobieństwo rzucenia palenia. Zastosowanie interwencji tego typu prowadzi do podwyższenia prawdopodobieństwa rzucenia palenia do poziomu 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 dochodzą do wniosku, że w przypadku zastosowania tego typu interwencji obserwowalny jest wzrost prawdopodobieństwa podjęcia przez pacjenta próby ograniczenia lub całkowitego odstąpienia od nałogu do poziomu 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. Autorzy metaanalizy Carson 2012 dochodzą do wniosku, że poddanie personelu medycznego działaniom szkoleniowym z zakresu palenia tytoniu prowadzi do podwyższenia szansy na punktowe ograniczenie rozpowszechnienia palenia tytoniu do poziomu OR=1,41 [95%CI: (1,13-1,77)]. Autorzy dochodzą również do wniosku, że przeszkolenie personelu medycznego w omawianym zakresie prowadzi do zwiększenia szansy utrzymania się abstynencji od tytoniu u ich pacjentów do poziomu OR=1,60 [95%CI: (1,26-2,03)]. Prowadzenie szkoleń prowadzi również do ponad dwukrotnego zwiększenia szans na uczestnictwo pacjentów w konsultacjach na temat palenia tytoniu do poziomu OR=2,28 [95%CI: (1,58-3,27)]. Pacjenci mający styczność z personelem medycznym przeszkolonym w zakresie skutków zdrowotnych palenia odnotowują podwyższone szanse na przekazanie pacjentowi materiałów edukacyjnych i samopomocowych do poziomu 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 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 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 wyniku wyszukiwania odnaleziono dowody wtórne odnoszące się do wpływu określonych interwencji na spożywanie alkoholu. W metaanalizie Stockings 2018 autorzy dokonali oszacowania wpływu działań edukacyjnych na rozpowszechnienie nadużywania alkoholu. Zastosowanie wspomnianej interwencji prowadzi do obniżenia prawdopodobieństwa nadużywania alkoholu do poziomu 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 skutecznie wpływa na zmniejszenie ilości spożywanego alkoholu SMD=-0,14 [95%CI: (-0,20- -0,08)]. Przegląd 16 badań potwierdził również wpływ rozmowy motywacyjnej na zmniejszenie częstości spożywania alkoholu 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 mogą zwiększyć szanse na ograniczenie spożycia alkoholu przez młodzież i dzieci do poziomu

OR=0,86 [95%CI: (0,73-1,02)], choć 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

W wyniku wyszukiwania odnaleziono dowody wtórne odnoszące się do skuteczności interwencji w zapobieganiu zażywaniu substancji psychoaktywnych przez młodych ludzi. Autorzy metaanalizy O'Connor 2020 dokonali oceny efektywności interwencji behawioralnych 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 zażywaniu substancji psychoaktywnych w docelowej populacji. Natomiast przeprowadzanie profilaktyki uniwersalnej w szkole, opisane w metaanalizie Hodder 2017, prowadzi do zwiększenia szansy na zapobieżenie rozpoczęcia przyjmowania narkotyków przez młode osoby do poziomu 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 prawdopodobieństwa zapobieżenia przyjmowania substancji psychoaktywnych przez młodzież do poziomu 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 opisano jako 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. umożliwiają 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)].

Podsumowanie dowodów bezpieczeństwa

W wyniku prac analitycznych nie odnaleziono metaanaliz, które odnosiły się do potencjalnych działań niepożądanych związanych z prowadzeniem działań profilaktycznych nacelowanych na uzależnienia od alkoholu, tytoniu i narkotyków. W ramach rekomendacji również nie wskazano żadnych szkód, które były by związane z prowadzeniem działań profilaktycznych uzależnień od ww. substancji.

Niniejsze opracowanie stanowi wyjściową wersję Raportu.

Zastosowane skróty:

AA	Wspólnota Anonimowych Alkoholików
AAFP	ang. <i>American Academy of Family Physicians</i>
ADI	wywiad diagnostyczny ang. <i>Adolescent Diagnostic Interview</i>
AFP	ang. <i>Australian Family Physician</i>
ALD-52	ergoliny
AMSTAR	ang. <i>Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews</i>
AOS	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
ASBI/SIBI	ang. <i>Alcohol Screening and Brief Intervention</i>
ASI	wskaźnik uzależnień ang. <i>Teen Addiction Severity Index</i>
ASSIST	ang. <i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
AUDIT-C	ang. <i>The Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption</i>
BZP	piperazyny
CBOS	Centrum Badani Opinii Społecznej
CBT	terapia poznawczo behawioralna ang. <i>cognitive-behavioral therapy</i>
CDC/NIOSH	ang. <i>Centers of Disease Control and Prevention / National Institute of Occupational Safety and Health</i>
CINN	Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii
CO	tlenek węgla
CRAFFT	ang. . <i>Car, Relax, Alone, Forget, Friends</i>
DOR	diagnostyczny iloraz szans ang. <i>diagnostic odds ratio</i>
DPPZ	Dział Programów Polityki Zdrowotnej
EAR	ang. <i>European Addiction Research</i>
EDDRA	ang. <i>Exchange on Drug Demand Reduction Action</i>
EMCDDA	Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii ang. <i>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i>
ENSP	ang. <i>European Network for Smoking and Tobacco Prevention</i>
EtG	wskaźnik zawartości glukuronid etylu ang. <i>ethyl glucuronide</i>
EZOP	Epidemiologia Zaburzeń Psychiatrycznych i Dostępności Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej
g	gram
GGT	gamma-glutamylotransferaz
GIS	Główny Inspektorat Sanitarny
GRADE	ang. <i>The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HIV	ludzki wirus upośledzenia odporności ang. <i>human immunodeficiency virus</i>
ICD	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ang. <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>
ICER	ang. <i>Incremental Cost Effectiveness Ratio</i>
IgG	immunoglobuliny typu G
IgM	immunoglobuliny typu M
IOHSGI	ang. <i>Irish Oral Health Services Guideline Initiative</i>
IP/SOR	Izba Przyjęć / Szpitalny Oddział Ratunkowy
IR	ang. <i>infrared</i>
JST	Jednostki Samorządu Terytorialnego
KBPN	Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii
KK	Konsultant Krajowy

KW	Konsultant Wojewódzki
LSD	dietyloamid kwasu D-lizergowego
MDPV	piperydyny
MI	wywiad motywacyjny ang. <i>motivational interview</i>
MILDECA	Międzyresortowa Misja Walki z Narkotykami i Zruchowaniami Uzależniającymi fra. <i>la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives</i>
min	minuta
mm	milimetr
MPPP	syntetyczne opioidy
MPZ	mapy potrzeb zdrowotnych
MSHA	ang. <i>Mine Safety and Health Administration</i>
MXE	Metoksetamina
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NIAAA	ang. <i>National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism</i>
NICE	ang. <i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
NIDA	ang. <i>National Institute on Drug Abuse</i> ,
NIK	Najwyższa Izba Kontroli
NK	komórki układu odpornościowego ang. <i>natural killer</i>
NLR	ang. <i>neutrophil-lymphocyte ratio</i>
NSP, NPS	pojęcie nowej substancji psychoaktywnej ang. <i>New/Novel Psychoactive Substance</i>
NTCP	ang. <i>National Tobacco Control Program</i>
NTZ	Nikotynowa Terapia Zastępcza
ONZ	Organizacja Narodów Zjednoczonych
OPT	klauzula opt-out to dobrowolna zgoda lekarza na wydłużenie czasu pracy
OR	ang. <i>odds ratio</i>
ORE	Ośrodek Rozwoju Edukacji
OSHA	ang. <i>Occupational Safety and Health Administration</i>
OUN	ośrodkowy układ nerwowy
PAPRA	Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
PAT	Test alkoholowy Paddington
PCP	łac. <i>Pneumocystis carinii pneumonia</i>
pkt	punkt
PLR	ang. <i>platelet-lymphocyte ratio</i>
POChP	Przewlekła obturacyjna choroba płuc
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna
ppm	ang. <i>parts per million</i>
PPZ	Program Polityki Zdrowotnej
PRO	ang. <i>Prenatal Risk Overview</i>
QALY	wskaźnik stanu zdrowia osoby lub grupy, wyrażający długość życia skorygowaną o jego jakość ang. <i>quality-adjusted life year</i>
RACGP	ang. <i>Royal Australian College of General Practitioners</i>
RCT	ang. <i>randomized controlled trial</i>
Rozporządzenie	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, Dz. U. 2016 poz. 357 z późn. zm.
RR	ang. <i>Relative Risk</i>
RTG	rentgenografia
SASQ	ang. <i>Single Alcohol Screening Question</i>

SASQ	wywiad klasyfikacji ang. <i>Single Alcohol Screening Question</i>
SMART	ang. <i>specific, measurable, action-oriented, realisti, timed</i>
SMD	ang. <i>standardized mean difference</i>
THC	<i>delta-9-tetrahydrocannabinol</i>
TUSZ	trening umiejętności szkolnych
TWEAK	ang. <i>Tolerance, Worried, Eye-opener, Amnesia, Kut down.</i>
UNDOC	ang. <i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
JWH, AM, UR	organiczny związek chemiczny, substancja psychoaktywna z grupy syntetycznych kannabinoidów
US DHHS	ang. <i>U.S. Department of Health and Human Services</i>
USG	ultrasonografia
USPSTF	ang. <i>U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement</i>
Ustawa	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r., poz. 1398 z późn. zm.)
WHO	ang. <i>World Health Organization</i>
WRKI	wczesne rozpoznawanie i krótka interwencja
α-PVP	α-Pirolidynopentiofenon
4-HO-MET	metocyna

Spis treści

1. Problem decyzyjny	12
2. Problem zdrowotny	13
2.1. Opis jednostki chorobowej.....	13
2.2. Wskaźniki epidemiologiczne.....	26
2.3. Znaczenie dla zdrowia obywateli.....	37
3. Aktualne postępowanie w ocenianym zagadnieniu – wskazanie dostępnych technologii medycznych i stan ich finansowania.....	38
3.1. Aktualne postępowanie i stan finansowania ze środków publicznych w innych krajach.....	44
3.2. Wskazanie opcjonalnych technologii medycznych (zgodnie z art. 48aa ust. 7 pkt. 4).....	50
4. Rekomendacje kliniczne i finansowe – opis odnalezionych rekomendacji w ocenianym wskazaniu	51
5. Opinie ekspertów klinicznych	101
6. Analiza kliniczna	121
6.1. Metodologia wyszukiwania dowodów naukowych.....	121
6.2. Ocena jakości włączonych badań wtórnych.....	121
6.3. Wyniki analizy skuteczności i bezpieczeństwa.....	124
6.3.1. Charakterystyka badań włączonych do analizy	124
6.3.2. Wyniki analizy skuteczności	138
6.3.3. Wyniki analizy bezpieczeństwa	147
6.3.4. Przegląd analiz ekonomicznych	147
6.4. Ograniczenia analizy klinicznej.....	147
7. Warunki realizacji programów polityki zdrowotnej dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego.....	148
8. Monitorowanie oraz ewaluacja programów polityki zdrowotnej w danym problemie zdrowotnym	151
9. Uzasadnienie dla modelowego rozwiązania	157
10. Piśmiennictwo.....	159
11. Załączniki.....	164

1. Problem decyzyjny

<Opisać historię zlecenia, ew. korespondencję ze zleciodawcą lub opisać szczegółowo wynik weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów polityki zdrowotnej >

Zgodnie z art. 48aa. 1. Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, z własnej inicjatywy lub z inicjatywy Ministra właściwego do spraw zdrowia, dokonuje okresowej weryfikacji założeń zgromadzonych projektów PPZ i na podstawie wskazanej weryfikacji przygotowuje raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach PPZ oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Zgodnie z art. 48aa ust. 6 Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić Prezesowi Agencji opracowanie i wydanie rekomendacji, o której mowa w ust. 5, dotyczącej danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Dnia 9.11.2018 do Agencji wpłynęło zlecenie FZR.9081.60.2018.JI dotyczące przygotowania rekomendacji o których mowa w art. 48aa ust. 5 ustawy w zakresach zgodnych z realizowanymi przez Ministerstwo Zdrowia, posiadającymi pozytywne opinie Agencji, programami współfinansowanymi przez Unię Europejską w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Zlecenie otrzymało numer 201/2018.

Agencja do dnia 22.07.2020 roku, zgodnie z trybem określonym w Ustawie o świadczeniach, otrzymała 48 PPZ z zakresu profilaktyki uzależnień od alkoholu, tytoniu i narkotyków. Agencja w niemal połowie przypadków wydała opinię pozytywną lub warunkowo pozytywną, o ile program nie naruszał obowiązujących przepisów prawa lub nie dublował interwencji ówczesnie zawartych w ogólnokrajowych PPZ bądź programach zdrowotnych. W ocenianych PPZ interwencje skierowane były głównie na ograniczenie lub zaprzestanie użytkowania określonych substancji m.in. poradnictwo antyżywkowe oraz rozmowy motywacyjne. Istotną rolę odgrywała także edukacja uczestników.

2. Problem zdrowotny

<Opis problemu zdrowotnego, którego dotyczy Raport, w tym znaczenie dla sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, czynniki ryzyka, etiologia, objawy, najważniejsze informacje na temat leczenia i diagnostyki>

2.1. Opis jednostki chorobowej

Uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, zawarte są jako zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (ICD10: F10–F19)¹.

Etiologia uzależnień²

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.

Z perspektywy neurobiologicznej rozwój i cechy ośrodkowego układu nerwowego zależą od predyspozycji genetycznych. Równocześnie zależą one w dużym stopniu od wpływu środowiska, gdyż mózg bezpośrednio przetwarza informacje i bodźce pochodzące z otoczenia. Impulsywność czy sprawność procesów metabolicznych to cechy uwarunkowane genetycznie.

Inny istotny aspekt rozwoju uzależnienia wynika ze wzmacniającego (nagradzającego) charakteru substancji psychoaktywnych. Substancje takie uważa się również za wzmacniające w sytuacji, gdy ich przyjmowanie zwiększa prawdopodobieństwo ponownego ich przyjęcia. Środki psychoaktywne mają charakter nagradzający, gdyż ich mechanizmy ukierunkowane są na określone struktury mózgowia (tzw. „układ nagrody”). Prowadzi to 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 allostazy, neuroadaptacji i neuroplastyczności. Jednorazowe, krótkotrwałe przyjęcie substancji uzależniającej może aktywować mezokortykolimbiczny układ dopaminergiczny w mózgu. Jednak jest to efekt tymczasowy i w krótkim czasie następuje powrót do homeostazy określonych części mózgu. Neuroadaptacja polega na tym, że często powtarzane lub przewlekłe używanie substancji uzależniającej, wywołuje zmiany w procesach mózgowych. Zmiany mają na celu ograniczenie efektów oddziaływania danej substancji na układ nerwowy. Mózg usiłuje odtworzyć homeostazę po każdym kontakcie z substancją psychoaktywną. Proces uzależnienia jednak przełamuje to dążenie, co prowadzi do wykształcenia się procesu allostazy. Allostaza jest definiowana jako przesunięcie punktu odniesienia dla homeostazy w taki sposób, że utrzymanie równowagi biologicznej zaczyna zależeć od obecności substancji w organizmie.

Kolejnym procesem zaangażowanym w rozwój uzależnień jest neuroplastyczność. Neuroplastyczność to zdolność mózgu do zmian i przebudowy w celu utrwalania nowych śladów pamięciowych i uczenia się nowych informacji. Zmiany te obejmują wzmocnienie niektórych połączeń synaptycznych i szlaków nerwowych w mózgu, przy jednoczesnym osłabieniu innych. Neuroplastyczność oznacza zintegrowaną odpowiedź mózgu na wyuczony kontekst zewnętrzny i sygnały z otoczenia, które poprzedzają i następują po ekspozycji na narkotyk oraz na związane z nim przeżycia.

Profilaktyka uzależnień³

Profilaktyka uzależnień ma na celu ograniczanie rozmiarów używania lub nadużywania substancji psychoaktywnych (alkohol, nikotyna, narkotyki, nowe substancje psychoaktywne, leki) oraz zapobieganie różnorodnym szkodom zdrowotnym i społecznym, które są z tym związane.

¹ World Health Organization. (2009). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10, X Rewizja, Tom I. Pozyskano z: https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf, dostęp z 15.06.2020

² KBPN (2012) Uzależnienie od narkotyków Podręcznik dla terapeutów. Pozyskano z: https://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707, dostęp z 16.06.2020

³ KBPN (2016). Standardy profilaktyki. Pozyskano z: https://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707, dostęp z 19.06.2020

Profilaktyka w okresie adolescencji (11-19 lat)

Fazowy przebieg procesów adolescencji, 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 oraz konflikty z władzą rodzicielską, szkołą i przepisami prawa. W związku z powyższym programy profilaktyki uzależnień skierowane do tej grupy odbiorców obejmują programy edukacji normatywnej i rozwijania umiejętności psychospołecznych młodzieży. Poruszają także kwestie polityki kształtowania kultury szkoły, sprzyjającej zdrowiu i bezpieczeństwu uczniów.

Młodzi ludzie z grup zwiększonego ryzyka wymagają specjalnie dedykowanych oddziaływań edukacyjnych i profilaktycznych. Powinny być one nastawione na motywowanie do zmiany ryzykownego zachowania (krótkie interwencje profilaktyczne), długoterminowe wspieranie młodzieży z grup ryzyka (mentoring) oraz zwiększanie osobistych kompetencji.

Według standardów Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii skuteczne programy profilaktyczne charakteryzują się:

- interaktywną metodyką edukacji,
- postacią cyklu kilkunastu zajęć (zwykle 10-15 zajęć) realizowanych przynajmniej raz w tygodniu,
- krótkimi cyklami zajęć uzupełniających w kolejnych kilku latach edukacji,
- realizacją przez przeszkolonych nauczycieli, niekiedy przy udziale przeszkolonych liderów młodzieżowych,
- tworzeniem sytuacji edukacyjnych do praktykowania i rozwijania umiejętności interpersonalnych - w szczególności umiejętności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i stresem, podejmowania decyzji, radzenia sobie z negatywnymi wpływami społecznymi prowokującymi do używania substancji psychoaktywnych,
- zwiększaniem wiedzy dotyczącej bezpośrednich konsekwencji używania substancji psychoaktywnych i poszerzaniem świadomości ryzyka z tym związanego,
- korygowaniem niewłaściwego przekonania normatywnego dotyczącego używania substancji psychoaktywnych oraz oczekiwaniem młodzieży dotyczącym skutków ich używania.

Nieskuteczne natomiast są programy:

- oparte na tradycyjnych metodach edukacji typu wykład lub pogadanka,
- oparte na strategii informacyjnej, której celem jest wzbudzenie lęku przed konsekwencjami używania substancji psychoaktywnych,
- oparte na zajęciach nie posiadających założonej struktury, realizowanych poprzez swobodny dialog realizatora z uczestnikami,
- oparte na moralizowaniu i przestrojach dla młodzieży,
- zorientowane tylko na zarządzanie emocjami i podnoszenie poczucia własnej wartości u odbiorców programu,
- wykorzystujące pracowników policji do realizacji tego typu programu np. w szkołach.

Profilaktyka wśród młodych dorosłych (20 lat i więcej)

Wczesna dorosłość 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.

W ramach minimalizowania szkód związanych z nierozsądnym korzystaniem z substancji psychoaktywnych prowadzone są programy obejmujące:

- przeszkolenie pracowników oraz właścicieli lub kierownictwa klubów, barów i innych miejsc rekreacji w zakresie odpowiedzialnej sprzedaży napojów alkoholowych i wyrobów tytoniowych oraz postępowania z osobami w stanie intoksykacji lub poważnego zatrucia,

- konsultacje lub fachowe wsparcie dla pracowników ww. miejsc, którzy tego potrzebują,
- aktywny udział innych służb wspomagających pracowników miejsc zabawy i rekreacji w programach minimalizowania szkód (np. policja, osób zajmujących się organizacją imprez), przekaz informacji dla osób zainteresowanych o miejscach udzielających pomocy w przypadku problemów alkoholowych, narkotykowych lub zdrowia psychicznego.

Alkohol

Uzależnienie od alkoholu⁴

Wyróżnia się dwa podstawowe wzory spożywania alkoholu powodujące poważne zagrożenia i konsekwencje zdrowotne – picie szkodliwe oraz uzależnienie. Są to zaburzenia związane z używaniem alkoholu. Oba wymagają interwencji. Ważna jest prawidłowa ich identyfikacja, gdyż na jej podstawie należy oprzeć sposób pomocy i leczenia: jej cele, czas trwania i metody.

- Picie szkodliwe – wzór spożywania alkoholu, który powoduje szkody zdrowotne, fizyczne, psychiczne, psychologiczne lub społeczne, przy czym nie występuje uzależnienie od alkoholu. W rozpoznaniu picia szkodliwego nie bierze się pod uwagę pojedynczego epizodu intensywnego picia, czy pojedynczej szkody. Rozpoznanie opiera się na zjawiskach zachodzących w ciągu co najmniej miesiąca lub występujących w sposób powtarzający się w ciągu ostatnich 12 miesięcy.
- Uzależnienie od alkoholu – zaburzenie będące następstwem długotrwałego szkodliwego spożywania alkoholu. W uzależnieniu spożywanie alkoholu uzyskuje zdecydowane pierwszeństwo przed innymi zachowaniami, które wcześniej stanowiły dla danej osoby priorytet. Spożycie alkoholu nawet po bardzo długim okresie abstynencji może wyzwać zjawisko gwałtownego nawrotu objawów zespołu uzależnienia.

Rozpoznanie uzależnienia od alkoholu⁵

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. Do objawów tych należą:

- silne pragnienie lub poczucie przymusu spożycia alkoholu,
- upośledzona zdolność kontrolowania zachowań związanych ze spożywaniem alkoholu (trudności w unikaniu rozpoczęcia, trudności w zakończeniu po osiągnięciu wcześniej założonego poziomu, nieskuteczność działań zmierzających do zmniejszenia lub kontrolowania spożywania alkoholu),
- fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego pojawiającego się, gdy spożywanie alkoholu jest ograniczane lub przerywane (drżenie mięśniowe, nadciśnienie tętnicze, nudności, wymioty, biegunki, bezsenność, rozszerzenie źrenic, wysuszenie śluzówek, wzmożona potliwość, zaburzenia snu, niepokój, drażliwość, lęki, padaczka poalkoholowa, omamy wzrokowe lub słuchowe, majaczenie, drżenie), albo na skutek używania alkoholu lub pokrewnie działającej substancji w celu złagodzenia ww. objawów,
- zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu – ta sama dawka alkoholu nie przynosi oczekiwanego efektu. Pojawia się potrzeba spożycia większych dawek dla wywołania określonego efektu,
- narastające z powodu spożywania alkoholu zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań. Dochodzi do zwiększenia ilości czasu przeznaczona na zdobywanie alkoholu, jego picie bądź niwelowanie skutków jego nadmiernego spożycia,
- uporczywe spożywanie alkoholu mimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw picia.

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.

⁴ PARPA. (2019). Czy moje picie jest już problemem. O zaburzeniach związanych z używaniem alkoholu. Pozyskano z: <http://www.parpa.pl/index.php/e-publicacje/kategoria/5-uzaleznienie-od-alkoholu>, dostęp z 15.06.2020

⁵ PARPA. (2019). Czy moje picie jest już problemem. O zaburzeniach związanych z używaniem alkoholu. Pozyskano z: <http://www.parpa.pl/index.php/e-publicacje/kategoria/5-uzaleznienie-od-alkoholu>, dostęp z 15.06.2020

Leczenie uzależnienia od alkoholu⁶

Celem zdecydowanej większości programów terapeutycznych dla osób uzależnionych jest nauczenie pacjenta życia w abstynencji. Ponieważ uzależnienie jest przewlekłą chorobą, optymalnym celem w leczeniu osób uzależnionych jest osiągnięcie trwałej abstynencji. Problem stanowi brak akceptacji tego celu przez część osób uzależnionych oraz trudność w jego osiągnięciu.

Psychoterapia

Najskuteczniejszą metodą leczenia jest psychoterapia, dzięki której nałóg zostaje porzucony przez 30-40% osób poddanych terapii.

Psychoterapia uzależnienia od alkoholu, realizowana w większości placówek leczenia odwykowego, ma na celu uświadomienie pacjenta czym jest uzależnienie od alkoholu i zachęcenie do autorefleksji, podczas której pacjent:

- uświadamia sobie, że jest osobą uzależnioną,
- analizuje swoje dotychczasowe próby kontroli picia i akceptuje fakt, że nie będzie już potrafił spożywać alkoholu w sposób sprzed uzależnienia,
- podejmuje decyzję o zaprzestaniu spożywania alkoholu,
- uczy się skutecznych sposobów radzenia sobie z głodem alkoholowym i nawrotami choroby,
- uczy się bez pomocy alkoholu, leków i innych substancji chemicznych skutecznie radzić sobie ze swoimi emocjami, problemami, życiowymi zadaniami i relacjami z innymi ludźmi.

Powodzenie psychoterapii jest uzależnione od nastawienia pacjenta, jego motywacji, akceptacji wobec zaleceń lekarzy i terapeutów oraz jego skłonności do czynnego uczestnictwa w terapii. Psychoterapia wymaga również od pacjenta dużej cierpliwości oraz systematycznego uczestnictwa w zajęciach. Jest to uzależnione od etapowego charakteru terapii oraz potrzeby nawiązania współpracy między lekarzem a uzależnionym.

Farmakoterapia

W leczeniu uzależnienia od alkoholu zarejestrowanych jest kilka leków:

- Disulfiram – znany pod postacią implantu jako Esperal oraz w formie doustnych tabletek pod nazwą Anticol. Osoba, która zdecydowała się stosować disulfiram, po spożyciu alkoholu doświadcza wielu nieprzyjemnych i niebezpiecznych dla zdrowia objawów zatrucia aldehydem octowym, który jest metabolitem alkoholu. Zatrucie to przejawia się m.in.:
 - zaczerwienieniem twarzy,
 - uczuciem duszności i rozpierania w klatce piersiowej,
 - zwiększeniem częstotliwości rytmu serca,
 - uczuciem niepokoju i lękiem przed umieraniem.

Disulfiram w postaci implantu jest nieskuteczny zarówno w leczeniu uzależnienia od alkoholu, jak i w wymuszaniu czasowej abstynencji. Badania potwierdzają natomiast skuteczność disulfiramu przyjmowanego w tabletkach, w utrzymaniu czasowej abstynencji. Disulfiram jest jednak lekiem kontrowersyjnym. Jego użycie naraża pacjentów na poważne ryzyko wystąpienia problemów zdrowotnych, łącznie ze zgonem. Podczas terapii disulfiramiem, spożycie alkoholu może skutkować: zaburzeniami świadomości, ostrym zespołem mózgowym, zespołem depresyjnym, psychozą, polineuropatią, zaburzeniami potencji i zmianami skórnymi.

- Naltrekson i akamprozat – nowoczesne leki stosowane w leczeniu uzależnienia jako wsparcie oddziaływań psychologicznych i psychoterapii. Mogą pomóc w wydłużaniu okresu abstynencji i ograniczaniu ilości spożywanego alkoholu. Badania dowodzą ich małej skuteczności u osób, które nie uczestniczą w programach psychoterapii, co oznacza, że samo przyjmowanie tych leków przez osoby uzależnione nie daje oczekiwanej poprawy.

⁶ Fudała, J. (2013). Leczenie uzależnienia od alkoholu. Pozyskano z: <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/69539,leczenie-uzaleznienia-od-alkoholu>, dostęp z 16.06.2020

- Inne leki (np. przeciwdepresyjne, przeciwpsychotyczne), nie są bezpośrednio nakierowane na leczenie uzależnienia. Pomagają one w usuwaniu, a częściej w łagodzeniu nieprzyjemnych stanów psychicznych i zaburzeń nastroju współwystępujących z uzależnieniem.

Inne metody leczenia osób uzależnionych

Badania potwierdzają nieskuteczność takich metod leczenia uzależnienia, jak hipnoza, poradnictwo ogólne, techniki szokowe, edukacja i ziołolecznictwo.

Formy organizacyjne i metody pomagania osobom uzależnionym od alkoholu działające poza leczeniem odwykowym

- Punkty konsultacyjne – organizowane są przez samorządy gminne, organizacje pozarządowe, kościoły i związki wyznaniowe. Punkt konsultacyjny nie jest alternatywą dla leczenia uzależnienia w placówkach specjalistycznych. Nie wyręcza on również innych instytucji czy służb działających lokalnie: pomocy społecznej, policji, opieki kuratorskiej. Punkt konsultacyjny powinien być miejscem pierwszego kontaktu, najbardziej dostępnym dla osób potrzebujących pomocy. Z tego miejsca klienci odpowiednio umotywowani i właściwie pokierowani, trafiają do instytucji świadczących wyspecjalizowaną pomoc placówek leczenia uzależnień.
- Telefony zaufania – istotą funkcjonowania telefonu zaufania jest udzielanie bezinteresownego, anonimowego wsparcia osobom w kryzysie psychologicznym. Telefony zaufania dla osób z problemem alkoholowym oraz ich rodzin tworzone są najczęściej przez samorządy lokalne, organizacje pozarządowe i ośrodki pomocy społecznej.
- Stowarzyszenia i kluby abstynenckie – promują abstynencję alkoholową i udzielają uzależnionemu oraz jego rodzinie wsparcia w „trzeźwieniu”. Pomagają rozwijać umiejętności potrzebne w procesie zdrowienia, stwarzają możliwości atrakcyjnego spędzania wolnego czasu, świętowania i integracji społecznej. Nierzadko prowadzą punkty konsultacyjne, telefony zaufania i grupy wsparcia. Organizacje zatrudniają również specjalistów do prowadzenia z osobami uzależnionymi i współuzależnionymi treningów umiejętności, służących nie tylko utrzymywaniu abstynencji, ale również poprawie funkcjonowania rodziny (np. treningi komunikacji małżeńskiej, umiejętności wychowawczych). Są to miejsca, do których mogą przychodzić wszyscy członkowie rodziny, wspólnie spędzać czas i uczyć się funkcjonowania bez alkoholu.
- Wspólnota Anonimowych Alkoholików (AA) – uczestnictwo w ruchach samopomocowych jest dobrowolne, anonimowe i bezpłatne. Podczas spotkań wspólnoty uczestnicy dzielą się własnymi doświadczeniami w rozwiązywaniu problemów, zachowując całkowitą poufność spraw poruszanych przez innych uczestników. Członkowie wspólnoty AA spotykają się w określonych miejscach i czasie. Spotkań nie prowadzą profesjonalści, ale uczestnicy wybrani przez innych członków grupy. We wspólnocie obowiązują zasady gwarantujące każdemu uczestnikowi autonomię i poszanowanie wolności. W AA nie wolno wywierać presji, nakładać zobowiązań, oceniać, krytykować. Zasady te gwarantują członkom poczucie bezpieczeństwa, uczą tolerancji, pokory, wdzięczności i brania odpowiedzialności za swoje decyzje i zachowania. Spotkania mają charakter zamknięty (tylko dla członków AA) lub otwarty (zarówno dla członków ruchu, jak i osób, które chcą dowiedzieć się czegoś o AA – rodzin, sympatyków, profesjonalistów). Badania skuteczności procesu trzeźwienia osób uzależnionych od alkoholu dowodzą, że połączenie uczestnictwa w programie psychoterapii uzależnienia z udziałem we wspólnocie Anonimowych Alkoholików, jest skuteczną formą pomagania osobom uzależnionym.

Skutki nadużywania alkoholu⁷

Szacuje się, że nadużywanie alkoholu skraca życie średnio o 16 lat, ponieważ:

- alkohol powoduje wiele chorób i zmienia ich obraz, stwarzając problemy diagnostyczne,
- osoby uzależnione później zgłaszają się do lekarza - często mimo konieczności nie podejmują leczenia chorób somatycznych lub leczą się niesystematycznie,
- alkohol zmniejsza skuteczność rutynowej terapii wielu chorób,

⁷ Klimkiewicz. A. (2013). Choroby somatyczne spowodowane używaniem alkoholu. Pozyskano z: <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/81417.choroby-somatyczne-spowodowane-uzywaniem-alkoholu>, dostęp z 16.06.2020

- alkohol zwiększa liczbę wypadków (również ze skutkami śmiertelnymi),
- ryzyko popełnienia samobójstwa przez osoby uzależnione jest 3–9 razy większe w porównaniu ze stwierdzanym wśród abstynentów,
- zatrucia alkoholem bywają śmiertelne.

Ponadto nadużywanie alkoholu sprzyja występowaniu zakażeń. Z powodu wyniszczenia organizmu i częstej obecności chorób współistniejących układ odpornościowy osób uzależnionych nie funkcjonuje prawidłowo. Częściej obserwuje się u nich zapalenie płuc, gruźlicę, wirusowe zapalenia wątroby, a także choroby autoimmunologiczne, z których najczęstsza jest łuszczyca.

Wpływ alkoholu na układ nerwowy

Osoby uzależnione oraz osoby pijące szkodliwie są obciążone znacznie większym ryzykiem udaru mózgu. Prawdopodobieństwo udaru niedokrwiennego jest u nich 1,6-krotnie większe, a krwotocznego ponad dwukrotnie większe niż u osób spożywających alkohol w sposób racjonalny. Ryzyko krwawień rośnie głównie ze względu na większą częstość urazów głowy. Upadki bywają, w stanach upojenia, wyjątkowo niebezpieczne. Zatrucie alkoholowe powoduje zaburzenia koordynacji ruchowej oraz wyłącza odruchy odpowiedzialne za minimalizowanie skutków urazu. Upadający człowiek, który jest pod wpływem alkoholu uderza o podłoże bezwładnie, całym ciężarem ciała, zaniedbując ochronę głowy.

Ponadto u osób uzależnionych częściej obserwuje się nieprawidłowe krzepnięcie krwi. Jednym z organów odpowiedzialnych za produkcję czynników krzepnięcia jest wątroba, wrażliwa na nadmierną ilość spożywanego alkoholu. Każde krwawienie, również do mózgu, przy niesprawnym układzie krzepnięcia trwa dłużej, obejmuje większy obszar i przynosi znacznie więcej nieodwracalnych szkód.

Regularne spożywanie alkoholu powoduje u 30% osób uzależnionych zanik robaka mózdzku. Charakterystycznym tego objawem jest niepewny, chwiejny chód z szeroko rozstawionymi stopami (tzw. chód na szerokiej podstawie). Inne problemy, to zaburzenia równowagi oraz niezborność ruchów, a także drżenie rąk utrzymujące się nawet w okresie długotrwałej abstynencji. Dochodzi do upośledzenia wykonywania szybkich, skoordynowanych ruchów, a gesty stają się niezgrabne i nadmierne „zamaszyste”. Mogą się pojawiać problemy z mową w postaci tak zwanej mowy skandowanej, modulacją przypominającej okrzyki.

Stan zdrowia pacjenta często komplikuje towarzysząca alkoholowemu uszkodzeniu mózdzku polineuropatia obwodowa. Występuje ona u niemal 50% uzależnionych. Im większa jest ilość i częstość spożywanego alkoholu, tym ryzyko zachorowania jest większe. Przyczyn upatruje się w niedoborach niezbędnych składników odżywczych, przede wszystkim witaminy B₁. Choroba polega na uszkodzeniu nerwów obwodowych i zaburzeniu przewodzenia przez nie impulsów. Początkowo pojawiają się niewielkie mrowienia i drętwienia w okolicy stóp, w cięższych przypadkach również dłoni. Następnie dołączają się zaburzenia czucia, w tym tzw. czucia głębokiego, czyli świadomości położenia części ciała, gdy wyłączona jest kontrola wzroku. W zaawansowanej postaci polineuropatii pojawiają się dolegliwości bólowe, głównie kończyn dolnych w okolicy stóp i podudzi. Skóra na tym obszarze staje się cieńsza, łatwiej dochodzi do urazów, zranień i rozwoju zakażeń. Uszkodzenie nerwów skutkuje również znacznie nasiloną potliwością okolicy dłoni i stóp.

Choroby przewodu pokarmowego wywołane nadmiernym spożyciem alkoholu

- Słuszczenie wątroby – rozwija się u niemal wszystkich osób uzależnionych, a współistniejąca otyłość dodatkowo zwiększa to ryzyko. U kobiet choroba rozwija się i postępuje szybciej niż u mężczyzn. Zwykle, jeśli funkcja narządu nie jest zaburzona, poza powiększeniem wątroby stwierdzanym w badaniu przedmiotowym lub ultrasonograficznym (USG) ma ona przebieg bezobjawowy. Wiadomo jednak, że dochodzi wtedy do powstawania toksycznych lipidów, które docierają do mózgu uszkadzając komórki nerwowe, co powoduje pogorszenie funkcji intelektualnych.
- Marskość wątroby – rozwija się u 30% osób intensywnie spożywających alkohol. Jest to postępująca, nieodwracalna i nieuleczalna choroba prowadząca do niewydolności tego narządu. Dochodzi wówczas do postępującego zatrucia całego organizmu substancjami, które u zdrowych osób są „zagospodarowywane i unieszkodliwiane”. Kontynuowanie spożywania alkoholu i narastanie objawów powoduje kolejne powikłania w postaci żylaków przełyku, nieprawidłowego krzepnięcia krwi i uszkodzenia mózgu toksynami – tak zwanej encefalopatii wątrobowej. Wyłączenie pracy wątroby, prowadzi do śmierci chorego, a 60% pacjentów umiera w ciągu czterech lat od ustalenia rozpoznania.
- Zapalenie błony śluzowej przełyku i powstanie żylaków przełyku – szerokie, przepelnione krwią żyły łatwo pękają, powodując bardzo niebezpieczne krwawienia. Szacuje się, że w wyniku pierwszego w życiu krwawienia z żylaków przełyku umiera ponad 1/4 chorych.

- Rak przełyku – osoby uzależnione od alkoholu, a zwłaszcza palące papierosy, są obciążone dużym ryzykiem rozwoju raka przełyku. Objawy pojawiają się w zaawansowanym stadium choroby, a rokowanie jest bardzo niekorzystne. W ciągu pięciu lat od rozpoznania, mimo właściwego leczenia umiera 80% pacjentów.
- Zapalenie błony śluzowej żołądka i choroba wrzodowa – powstaje w wyniku postępującego uszkodzenia błony śluzowej żołądka i wiąże się ze znacznymi dolegliwościami bólowymi, a także zwiększonym ryzykiem rozwoju nowotworu tego narządu.
- Zmniejszenie napięcia dolnego zwieracza przełyku – prowadzi do cofania się żrącej treści żołądkowej do przełyku, powodując uszkodzenie jego błony śluzowej i zgaę.
- Krwawienia z żołądka prowadząca do perforacji – wylewanie się kwaśnej i żrącej treści żołądkowej do jamy brzusznej powoduje rozległe uszkodzenia i grozi poważnymi powikłaniami.
- Ostre i przewlekłe zapalenie trzustki – choroba ta objawia się silnym bólem nadbrzusza i upośledzeniem działania uszkodzonego narządu. W przypadkach szczególnych kończy się śmiercią, mimo wdrożenia intensywnego leczenia. Śmiertelność w ostrym zapaleniu trzustki szacuje się na około 15%.
- Cukrzyca – w przypadku uszkodzenia większej części trzustki, dochodzi do nieprawidłowego trawienia i zaburzenia przyswajania substancji odżywczych z przewodu pokarmowego. Z powodu upośledzenia produkcji insuliny następuje niekontrolowane zwiększenie stężenia glukozy we krwi.
- Nowotwór trzustki – jest chorobą o szczególnie niekorzystnym rokowaniu. Objawy pojawiają się w bardzo zaawansowanym stadium, co utrudnia wczesne rozpoznanie. W ciągu pięciu lat od rozpoznania tej choroby, mimo leczenia umiera 95% chorych.

Wpływ alkoholu na układ krwionośny

Szacuje się, że 45% przypadków kardiomiopatii rozstrzeniowej wynika z nadużywania alkoholu. Jest to ciężka i bardzo trudna do leczenia choroba mięśnia sercowego, która powoduje jego nieprawidłowe kurczenie się i w dużym stopniu upośledza przepływ krwi. Niewydolność krążenia, będąca następstwem tej postaci kardiomiopatii, prowadzi do zgonu blisko 1/5 pacjentów w ciągu pierwszych pięciu lat od rozpoznania. Jedynym sposobem istotnej poprawy rokowania jest zaprzestanie picia alkoholu.

Kolejnym problemem wynikającym z nadużywania alkoholu są zaburzenia rytmu serca. Etanol oraz wynikające z picia niedobory potasu, magnezu i wapnia we krwi, powodują nieregularną pracę serca prowadzącą do migotania przedsionków. Spożywanie alkoholu wiąże się również ze zwiększonym ryzykiem rozwoju nadciśnienia tętniczego. Wypijanie powyżej 20 g czystego etanolu dziennie powoduje zwiększenie zagrożenia rozwoju tej choroby.

Ponadto alkohol powoduje zaburzenia funkcji szpiku kostnego, co prowadzi do niedokrwistości, a w konsekwencji osłabienia, zmniejszenia wydolności organizmu i tolerancji wysiłku. Niedokrwistość zwiększa ryzyko zawału serca i udaru mózgu poprzez upośledzenie transportu tlenu do narządów.

Wpływ alkoholu na układ hormonalny

Toksyczne działanie etanolu powoduje u mężczyzn uszkodzenie jąder, impotencję, utratę libido. U kobiet zaś występuje zaburzenie miesiączkowania i owulacji. Ponadto u osób uzależnionych częściej stwierdza się zahamowanie funkcji tarczycy. Niedoczynność tarczycy objawia się zwiększeniem masy ciała, nietolerancją zimna, zaparciami i zwolnieniem pracy serca.

Z powodu częściej występującej osteopenii, ryzyko złamań w populacji osób nadmiernie spożywających alkohol jest większe. Dodatkowo, sprzyjając hiperkortyzolemii, alkohol zmniejsza wytrzymałość i twardość tkanki kostnej. Hiperkortyzolemia, nazywana rzekomym zespołem Cushinga, wynika z nadmiernej produkcji kortyzolu przez nadnercza, a nieprawidłowe funkcjonowanie wątroby może dodatkowo pogłębiać ten stan. Objawami towarzyszącymi zwiększonemu stężeniu tego hormonu we krwi są: nadciśnienie tętnicze, otyłość centralna, zmniejszona odporność na zakażenia, kamica nerkowa i zaburzenia gojenia się ran.

Tytoń

Uzależnienie od tytoniu⁸

Do klasyfikacji statusu palenia stosuje się następujące definicje:

- osoba niepaląca – osoba, która w swoim życiu nie wypali więcej niż 100 papierosów (lub 100 g tytoniu, w przypadku fajek, cygar lub innych wyrobów tytoniowych),
- codzienny palacz – osoba, która w swoim życiu wypaliła co najmniej 100 papierosów, a obecnie pali codziennie,
- okazjonalny palacz – osoba, która paliła, co najmniej 100 papierosów w swoim życiu, ale obecnie nie pali codziennie,
- były palacz – osoba, która w swoim życiu wypaliła co najmniej 100 papierosów i pozostała w abstinencji przez co najmniej sześć miesięcy.

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, zarówno pozytywnych (stymulacja psychoaktywna), jak i negatywnych (brak nikotyny powoduje dyskomfort). Każdy papieros natychmiast zmniejsza głód nikotynowy, ale 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 pewną codzienną rutyną mogą wzmocnić używanie tytoniu. Z czasem to zachowanie staje się zakotwiczone w codziennym życiu.

Rozpoznanie uzależnienia od tytoniu

Uzależnienie od tytoniu definiowane jest przez obecność co najmniej 3 z 7 objawów, utrzymujących się przez ostatnie 12 miesięcy. Do objawów tych należą:

- silne pragnienie palenia,
- trudność w kontrolowaniu ilości,
- objawy odstawienia podczas zmniejszania lub rzucania palenia,
- ciągła konsumpcja pomimo oczywistych szkodliwych skutków,
- priorytet palenia w stosunku do innych czynności,
- wysoka tolerancja,
- fizyczne objawy odstawienia tytoniu.

W codziennej rutynie uzależnienie od nikotyny ocenia się głównie za pomocą 10 punktowego testu zależności od nikotyny wg. Fagerströma (Tabela 1). Wynik testu w przedziale 0-3 pkt oznacza brak lub słabe uzależnienie od tytoniu, wynik 4-6 pkt średnie, natomiast 7-10 pkt silne uzależnienie od tytoniu⁹.

Tabela 1. Kwestionariusz oceny uzależnienia od nikotyny wg Fagerströma

Pytania	Odpowiedzi	Punkty
1. Kiedy po przebudzeniu zapalasz pierwszego papierosa?	do 5 min	3
	po 6–30 min	2
	po 31–60 min	1
	po 60 min	0

⁸ ENSP (2018). Wytyczne dotyczące leczenia uzależnienia od tytoniu. Pozyskano z http://elearning-ensp.eu/assets/guides/guidelines_2018_polish.pdf, dostęp z 17.06.2020

⁹ Ibidem

2. Czy powstrzymanie się od palenia w miejscach, gdzie palić nie wolno, jest dla Ciebie problemem?	tak nie	1 0
3. Z którego papierosa najtrudniej Ci zrezygnować?	z pierwszego rano z każdego innego	1 0
4. Ile papierosów wypalasz dziennie?	≤10 11–20 21–30 ≥31	0 1 2 3
5. Czy rano palisz więcej papierosów niż w ciągu dnia?	tak nie	1 0
6. Czy nie możesz się powstrzymać od palenia nawet podczas choroby, gdy musisz leżeć w łóżku?	tak nie	1 0
	razem	

Źródło: opracowanie własne na podstawie: <https://www.mp.pl/interna/table/B16.3.23-2>.

Leczenie uzależnienia od tytoniu¹⁰

Celem leczenia jest rzucenie palenia tytoniu, co oznacza, że pacjent dobrowolnie nie wypala kolejnych papierosów. W miarę możliwości należy kontrolować abstynencję wraz z monitorowaniem wydychanego tlenku węgla (CO). Maksymalny zalecany poziom CO 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 składnikami skutecznego zaprzestania palenia jest kombinacja edukacji terapeutycznej, wsparcia behawioralnego i farmakoterapii.

Edukacja terapeutyczna

- Wyjaśnienie choroby.
- Wyjaśnienie przyczyny zapalania papierosa.
- Wyjaśnienie zdrowotnych konsekwencji palenia.
- Wyjaśnienie korzyści z rzucenia palenia.
- Wyjaśnienie leczenia uzależnienia od palenia tytoniu.
- Wyjaśnienie zarządzania chronicznym uzależnieniem od tytoniu, aby zapobiec nawrotom.
- Przedstawienie narzędzi dostępnych dla palaczy lokalnie.

Wsparcie behawioralne

- Identyfikacja behawioralnych przyczyn palenia oraz długoterminowych i natychmiastowych czynników stymulujących palenie.
- Zwiększenie motywacji do rzucenia palenia i zmniejszenie obaw przed rzuceniem palenia.
- Nauka radzenia sobie z emocjami.

Farmakoterapia

- Nikotynowa Terapia Zastępcza (NTZ) – terapie zastępujące palenie tytoniu są dostępne w formie przezskórnej (plastry), formie doustnej (guma, pastylka do ssania, tabletki podjęzykowe, inhalator), a w niektórych krajach jako spray do nosa. Kombinacje plastra i doustnych preparatów NTZ są w dużej mierze stosowane w celu zwiększenia dawki nikotyny zbliżonej do poziomu nikotyny dostarczanej przez papierosy. NTZ dostarcza nikotynę do mózgu znacznie wolniej niż papierosy. Dzięki temu wytwarza stopniowo mniej receptorów, które po trzech miesiącach terapii powracają do ilości sprzed nałogu.

¹⁰ Ibidem

- Wardeniklina – jest częściowym agonistą receptorów nikotynowych stosowanym w terapii rzucania palenia.
- Bupropion – lek stosowany początkowo w leczeniu depresji, który okazał się skuteczny także w przypadku rzucania palenia.
- Nortryptylina i cytyzyna – stosowane w terapii drugiej fazy rzucania palenia, która jest dostępna w niektórych krajach.

Skutki palenia tytoniu¹¹

Nikotyna jest tylko 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 – zawał mięśnia sercowego, choroba niedokrwienna, udar mózgu;
- zachorowania na nowotwory złośliwe – nowotwory płuc, krtani, jamy ustnej i gardła, pęcherza moczowego, miedniczek nerkowych, trzustki, szyjki macicy;
- wystąpienia chorób układu oddechowego - przewlekłej obturacyjnej choroby płuc;
- wystąpienia niepłodności oraz zaburzeń w przebiegu ciąży - poronień, małej wagi urodzeniowej noworodków.

Warto przy tym zaznaczyć, że także bierny kontakt z dymem tytoniowym (tzw. bierne palenie) wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zarówno zachorowalności na choroby układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, jak i nowotwory złośliwe. Choroby, takie jak POChP czy nowotwór płuc, występują w większości przypadków u osób narażonych na kontakt z dymem tytoniowym. Jednocześnie śmiertelność z ich powodu jest wysoka, a to ze względu na skuteczność dostępnych terapii, które często pozwalają jedynie na zatrzymanie lub spowolnienie rozwoju choroby, a nie na całkowite wyleczenie.

Narkotyki

Inne środki psychoaktywne

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 – związki zmniejszające przejawy aktywności ośrodkowego układu nerwowego (OUN) m.in. barbiturany, benzodiazepiny i kwas γ -hydroksymasłowy;
- stymulanty OUN – psychoaktywne substancje pobudzające czynność OUN (m.in. amfetamina, metamfetamina, kokaina, metkatinon, katina i katinon);
- opioidy – morfina, kodeina, tebaina oraz opioidy półsyntetyczne i syntetyczne;
- kannabinoidy – składniki konopi *Cannabis sativa*, występujące na rynku narkotykowym jako marihuana, haszysz i olej haszyszowy;
- halucynogeny – związki wywołujące halucynacje, które dzieli się zwykle na 4 podgrupy należące do różnych grup chemicznych:
 - pochodne ergoliny (lizergid),
 - pochodne tryptaminy (psylocyna i psylocybina),
 - pochodne karboliny (harmina i harmalina),
 - pochodne fenetylaminy (meskalina);
- inhalanty albo wziewne środki odurzające – duża grupa związków, które stosują głównie ludzie bardzo młodzi, często nawet uczniowie szkół podstawowych. Jest to spowodowane ich łatwą dostępnością, niską ceną, a także prostymi sposobami stosowania (wdychanie). Do inhalantów należą pospolite

¹¹ Porębiak (2013). Uzależnienie od nikotyny. Pozyskano z: <https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/70084,uzaleznienie-od-nikotyny>, dostęp z 18.06.2020

rozpuszczalniki np. toluen, ksylen, heksan i benzyna oraz gazy np. propan, butan, propelanty aerozoli, spreje¹².

Pojęcie nowej substancji psychoaktywnej (NSP, NPS – *New/Novel Psychoactive Substance*) zostało wprowadzone Decyzją Rady Europy w 2005 roku i określało substancje psychotropowe oraz środki odurzające występujące w postaci czystej lub w preparatach nie objętych konwencjami ONZ. Substancje te stanowią potencjalne zagrożenie dla zdrowia publicznego porównywalne do zagrożeń zdrowotnych wywoływanych przez substancje nazywane zwyczajowo narkotykami "klasycznymi"¹³.

Dostępne źródła nie zawierają jednorodnego oficjalnego systemu klasyfikacji NSP. Jeden z najprostszych zakłada podział NSP na pięć grup substancji, przedstawionych w poniższej tabeli (Tabela 2)¹⁴.

Tabela 2. Podział NSP ze względu na działanie

Grupa	Naśladowanie	Działanie	Przykłady
1. Syntetyczne kanabinoidy	marihuana	podobne do THC	serie: JWH, AM, UR
2. (Psycho) stymulanty	amfetamina, kokaina	pobudzające	syntetyczne katynony (Mefedron, Pentedron) piperazyny (BZP), piperydyny i pirolidyny (MDPV, α-PVP)
3. Psychodeliki	LSD, grzyby	halucynogenne	halucynogenne tryptaminy (4-HO-MET), fenyloetyloaminy (serie: NBOMe, 2C), ergoliny (ALD-52)
4. Dysocjanty (w niektórych zestawieniach występują łącznie z psychodelikami)	ketamina, PCP	Halucynogenne + redukujące sygnały z mózgu do świadomości	Metoksetamina (MXE)
5. Środki sedatywne	heroina i morfina, leki uspokajające i nasenne	uspokajające	syntetyczne opioidy (MPPP), benzodiazepiny (Fenazepam)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych KBPN

Objawy uzależnienia od substancji psychoaktywnych¹⁵

Zespół uzależnienia od opioidów

- Objawy psychiczne – wahania nastroju, apatia, stany lękowe, głód psychiczny.
- Objawy somatyczne – uszkodzenie narządów mięszzowych, zaburzenia hormonalne, zaburzenia układu odpornościowego, zaparcia, wyniszczenie.
- Funkcjonowanie społeczne – stopniowe zawężenie zainteresowań i aktywności, zaniedbywanie obowiązków, marginalizacja.

Zespół uzależnienia od leków uspokajających i nasennych

- Objawy psychiczne – spowolnienie myślenia i mowy, osłabienie pamięci i pojmowania, zaburzenia koncentracji uwagi, zaburzenia krytycyzmu, stereotypowość wypowiedzi, labilność emocjonalna, obniżenie nastroju, myśli samobójcze, nastawienia ksbne, napady lęku i agresji, zaburzenia snu, głód psychiczny.

¹² KBPN (2012) Uzależnienie od narkotyków Podręcznik dla terapeutów. Pozyskano z: https://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707, dostęp z 18.06.2020

¹³ KBPN (2018). Standardy postępowania wobec osób używających nowych substancji psychoaktywnych (NSP). Poradnik dla pracowników medycznych. Pozyskano z: https://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707, dostęp z 18.06.2020

¹⁴ KBPN (2018). Standardy postępowania wobec osób używających nowych substancji psychoaktywnych (NSP). Poradnik dla pracowników medycznych. Pozyskano z: https://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707, dostęp z 18.06.2020

¹⁵ KBPN (2012) Uzależnienie od narkotyków Podręcznik dla terapeutów. Pozyskano z: https://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707, dostęp z 18.06.2020

- Objawy somatyczne – zaburzenia koordynacji ruchowej, ataksja, dyzartria, spowolnienie ruchowe, osłabienie siły mięśni i odruchów ścięgnistych, drżenia kończyn, oczopląs, polineuropatie, zawroty i bóle głowy, wysypki skórne, brak apetytu, niekiedy wyniszczenie, zaburzenia seksualne.
- Funkcjonowanie społeczne – stopniowe zawężanie zainteresowań, aktywności, zaniedbywanie obowiązków, degradacja społeczna.

Zespół uzależnienia od kokainy, amfetamin i innych substancji stymulujących

- Objawy psychiczne – wahania nastroju, drażliwość, złość, agresywność, apatia, głód psychiczny, ksbobność, urojenia, omamy wszelkiego typu, stereotypie, zaburzenia toku myślenia, przerzutność uwagi, zaburzenia pamięci, stany lękowe, lęk paniczny, zaburzenia zachowania.
- Objawy somatyczne – podniecenie ruchowe, stereotypie ruchowe, ataksja, drżenia mięśniowe, mogą wystąpić powikłania w zakresie układu krążenia, oddechowego i nerwowego.
- Funkcjonowanie społeczne – kryminalizacja, izolacja społeczna, marginalizacja.

Zespół uzależnienia od kanabinoli

- Objawy psychiczne – myślenie magiczne, zaburzenie pamięci i uwagi, upośledzenie zdolności rozwiązywania problemów i planowania przyszłości, osłabienie zachowań intuicyjnych, apatia z dominującym brakiem motywacji do działania, zubożenie uczuciowe, osłabienie woli, głód psychiczny, beczynność, dystymia, obniżenie nastroju, stany lękowe, zaburzenia snu.
- Objawy somatyczne – zaburzenia koordynacji ruchowej, przewlekłe zapalenie krtani, oskrzeli, napady kaszlu, suchość w ustach, przekrwienie białówek i spojówek, wysypki skórne, brak apetytu, wychudzenie, niekiedy wyniszczenie, zaburzenia seksualne, osłabienie reakcji odpornościowych.
- Funkcjonowanie społeczne – zanik zainteresowań i aktywności, zaniedbywanie obowiązków, izolacja społeczna, samotność, degradacja społeczna.

Zespół uzależnienia od rozpuszczalników lotnych

- Objawy psychiczne – zaburzenia pamięci i intelektu, agresja, samouszkodzenia, drażliwość, wściekłość, smutek, nastawienia ksbobne, urojenia, impulsywność, męczliwość, głód psychiczny.
- Objawy somatyczne – zaburzenia koordynacji ruchowej, oczopląs, drżenie zamiarowe, polineuropatie obwodowe, wychudzenie, niekiedy wyniszczenie, charakterystyczna błądź skóry, krwawienia z nosa, zmiany zanikowo-zapalne nosogardzieli, niespecyficzne zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, charakterystyczny zapach oddechu i niekiedy skóry, moczu.
- Funkcjonowanie społeczne – zanik zainteresowań i aktywności, zaniedbywanie obowiązków, izolacja społeczna, samotność, degradacja społeczna.

Leczenie uzależnienia od narkotyków¹⁶

Główny cel farmakoterapii to długotrwała, najlepiej dożywotnia eliminacja używania substancji uzależniającej. W planowaniu takiego leczenia pomocne jest podzielenie leczenia na dwa etapy.

- Cel pierwszego etapu – zaprzestanie używania, czyli osiągnięcie wstępnej abstynencji. Można ją osiągnąć poprzez detoksykację (szybką albo rozłożoną w czasie) lub przez interwencje umożliwiające stopniowe zmniejszanie używania substancji aż do całkowitego zaprzestania.
- Cel drugiego etapu – leczenie polegające na wydłużaniu okresu abstynencji i zapobieganiu nawrotowi.

Detoksykacja

Pojęcie detoksykacji odnosi się do procesu terapeutycznego, w którym u osoby z uzależnieniem fizjologicznym, zaprzestaje się podawania danej substancji i leczy ujawniające się objawy abstynencyjne. W wyniku udanej detoksykacji pacjent utrzymuje abstynencję bez objawów zespołu odstawienia. W efekcie zanika także wykształcona w procesie uzależnienia tolerancja na efekty substancji.

Detoksykacja może być przeprowadzona w sposób ultraszybki (kilka godzin), szybki (kilka dni) lub stopniowo (kilka tygodni czy miesięcy). Celem detoksykacji jest:

- usunięcie uzależnienia fizjologicznego,

¹⁶ Ibidem

- ograniczenie/eliminacja objawów abstynencyjnych i towarzyszącego dyskomfortu,
- zaangażowanie pacjenta w proces leczenia uzależnienia i zapoczątkowanie długofalowej opieki psychoterapeutycznej i medycznej dla utrzymania trwałej abstynencji.

W trakcie detoksykacji jest stosowanych kilka grup leków:

- substancje, od której pacjent jest uzależniony np. benzodiazepiny - dawki tych substancji są stopniowo zmniejszane w warunkach kontrolowanych,
- leki, które mają efekt podobny do substancji uzależniającej np. metadon w detoksykacji od heroiny – ich dawki są stopniowo zmniejszane w warunkach kontrolowanych,
- leki specyficznie blokujące zmiany towarzyszące zespołom abstynencyjnym – przykładem jest klonidyna lub lofeksydyna w detoksykacji opioidowej,
- leki bezpośrednio zmniejszające intensywność objawów zespołu abstynencyjnego – leki przeciwbólowe (paracetamol, ibuprofen), leki przeciwwymiotne (tietyloperazylna), leki przeciwłękowe (lorazepam czy klonazepam), leki nasenne (zolpidem, trazodon).

Leczenie substytucyjne za pomocą agonistów

Leczenie substytucyjne polega na zastąpieniu substancji nadużywanej lekiem, który ma podobny efekt farmakologiczny i przez to eliminuje objawy abstynencyjne oraz głód, ale nie posiada właściwości euforyzujących. Lek stosowany w leczeniu zastępczym zmniejsza lub blokuje euforyzujące efekty nadużywanej substancji, ma długi okres działania, co zapewnia stabilność pacjenta przy podawaniu go raz dziennie lub nawet rzadziej.

Zapobieganie nawrotom

Jednym z najbardziej skutecznych sposobów osiągnięcia długotrwałej abstynencji i zapobiegnięcia nawrotom używania substancji psychoaktywnych jest stosowanie takich leków, które powodują efekty fizjologiczne uniemożliwiające doświadczanie euforyzującego działania substancji psychoaktywnej. Do tej grupy leków zaliczani są antagoniści receptora opioidowego (naltrekson, nalmeften), blokujący receptor, a przez to uniemożliwiający farmakologiczny efekt przyjmowanych opioidów.

Skutki zażywania substancji psychoaktywnych¹⁷

Zaburzenia psychiczne

Najczęściej występujące zaburzenia psychiczne wśród użytkowników substancji psychoaktywnych:

- Opioidy - osobowość dyssocjalna typu borderline, zespoły depresyjne.
- Kokaina, amfetaminy - zespoły depresyjne, stany psychotyczne, ADHD, zaburzenia odżywiania się.
- Leki uspokajające i nasenne - zespoły lękowe, zespoły depresyjne, zespoły organiczne.
- Konopie i inne substancje halucynogenne - stany psychotyczne (zespoły urojeniowe, schizofrenopodobne), zespół apatyczno-abuliczny, schizofrenia.
- Lotne rozpuszczalniki - osobowość dyssocjalna typu borderline, zespoły urojeniowe, zespoły organiczne.

Zaburzenia somatyczne

Przewlekłe przyjmowanie substancji psychoaktywnych prowadzi do powstania zaburzeń somatycznych, które stanowią składową obrazu choroby, jaką jest uzależnienie. Objawy chorobowe objawiają się w narządach i układach:

- Układ odpornościowy – uogólniona limfadenopatia, podwyższony poziom immunoglobulin, zwłaszcza IgG i IgM, limfocytoza, zmiana aktywności komórek NK, błędnie dodatnie testy serologiczne (kiłowe, czynnika reumatoidalnego, odczynu wiązania dopełniacza). Ponadto iniekcje dożylnie, przy których ma miejsce dzielenie się igłami i strzykawkami, promiskuityzm i styl życia sprzyjają zakażeniom HIV.
- Układ nerwowy - napady drgawkowe, wzrost ciśnienia krwi, stan spastyczny naczyń mózgowych, przyspieszony rozwój miażdżycy, uszkodzenie płytek krwi, krwotoki i udary niedokrwienne, zaburzenia koordynacji ruchowej, oczopląs, drżenia mięśniowe, dysmetria, neuropatia obwodowa, encefalopatia, zespół otępienny.

¹⁷ Ibidem

- Układ oddechowy - bóle w klatce piersiowej i trudności w oddychaniu, zapalenie płuc, nowotwory płaskonabłonkowe, drobnokomórkowe i gruczolakoraki płuc oraz nowotwór płaskonabłonkowy krtani. Ponadto przyjmujący substancje drogą dożylną, zakażeni HIV są grupą o najwyższym wskaźniku zachorowania na gruźlicę.
- Układ krążenia - zaburzenia rytmu serca, niedokrwienie mięśnia sercowego, nadciśnienie tętnicze, kardiomiopatie, tętniaki.
- Układ wydzielania wewnętrznego - zaburzenia wydzielania prolaktyny, estrogenu, testosteronu, zanik miesiączki, hipogonadyzm, hiperprolaktemia, niepłodność i impotencja, zwiększenie wydzielania hormonów tarczycy, obniżenie libido i zmniejszenie ruchliwość plemników.
- Układ mięśniowo-szkieletowy – rabdomioliza, kostniejące zapalenie mięśni, zapalenie kręgow (szczególnie lędźwiowych), stawów (głównie krzyżowo-biodrowych), zapalenie szpiku kostnego.
- Wątroba - stłuszczenie, ostre i przewlekłe zapalenie oraz marskość wątroby.
- Skóra – uszkodzenia skóry po iniekcjach dożylnych (najczęściej w zgięciach łokciowych), obrzęki, zmiany troficzne skóry z tendencją do powstawania owrzodzeń, zmiany grzybicze, zapalenie tkanek okołopaznokciowych oraz choroby pasożytnicze skóry (świerzb, wszawica).

2.2. Wskaźniki epidemiologiczne

<Wskaźniki zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określone na podstawie aktualnej wiedzy medycznej, zalecane – w odniesieniu do obszaru, którego problem dotyczy, opracować na podstawie danych odnalezionych, zaznaczając, z jakiego źródła pochodzą>

W 2015 roku Fundacja Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS) przeprowadziła badania epidemiologiczne, które wskazują, że jednym z ważniejszych czynników różnicujących używanie substancji psychoaktywnych jest wiek. Z badania EZOP 2012¹⁸ wynika, że zjawisko uzależnienie od alkoholu dotyczy ok. 2,2% polskiej populacji. Grupa ludzi pijących szkodliwie kiedykolwiek w ciągu życia, stanowi natomiast ponad 10% osób dorosłych. Na szkody zdrowotne i społeczne narażonych jest ok. 4 mln. osób. W odniesieniu do narkotyków, wyniki badania EZOP wskazują, że liczba osób mających z nimi styczność przekracza 1 milion osób w Polsce¹⁹.

Dostępne w kraju wskaźniki epidemiologiczne odnoszą się do roku 2016 r. W mapach potrzeb zdrowotnych w grupie uzależnień, analizowano następujące grupy chorób, zgodnie z kodami ICD-10:

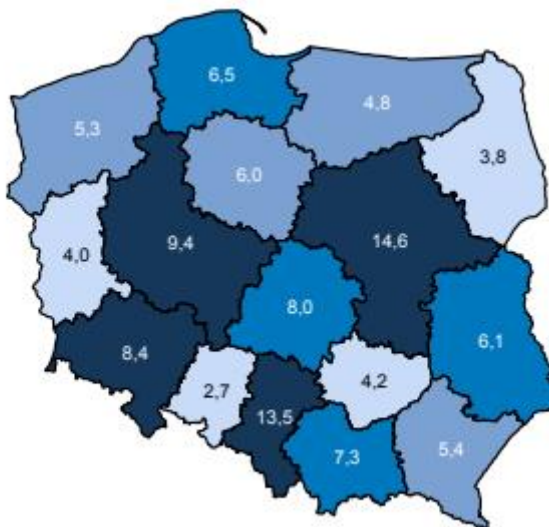
- F10 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu,
- F11 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem opiatów,
- F12 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kanabinoli,
- F13 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane przyjmowaniem substancji nasennych i uspokajających,
- F14 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem kokainy
- F15 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem innych niż kokaina środków pobudzających w tym kofeiny,
- F16 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem halucynogenów,
- F17 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem tytoniu,
- F18 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane odurzaniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi,
- F19 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem środków (nieprawidłowe stosowanie leków BNO) i innych środków psychoaktywnych,

¹⁸ Kiejna, A., Adamowski, T., Piotrowski, P., Moskalewicz, J., Wojtyński, B., Świątkiewicz, G., ... & Kessler, R. C. (2015). Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP–Polska–metodologia badania. *Psychiatr Pol*, 49(1), 5-13.

¹⁹ Ministerstwo Zdrowia (2018). Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych. Pozyskano z : https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/82426/Zalacznik_17.pdf dostęp z dn.23.06.2020

- F63 – Zaburzenia nawyków i popędów (nie obejmuje: F10-F19).

W 2016 roku w Polsce zgłoszono ponad 109,9 tys. przypadków chorych na powyższe schorzenia. Mapy potrzeb zdrowotnych dla chorób dotyczących uzależnień, 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) (Rycina 1)²⁰.



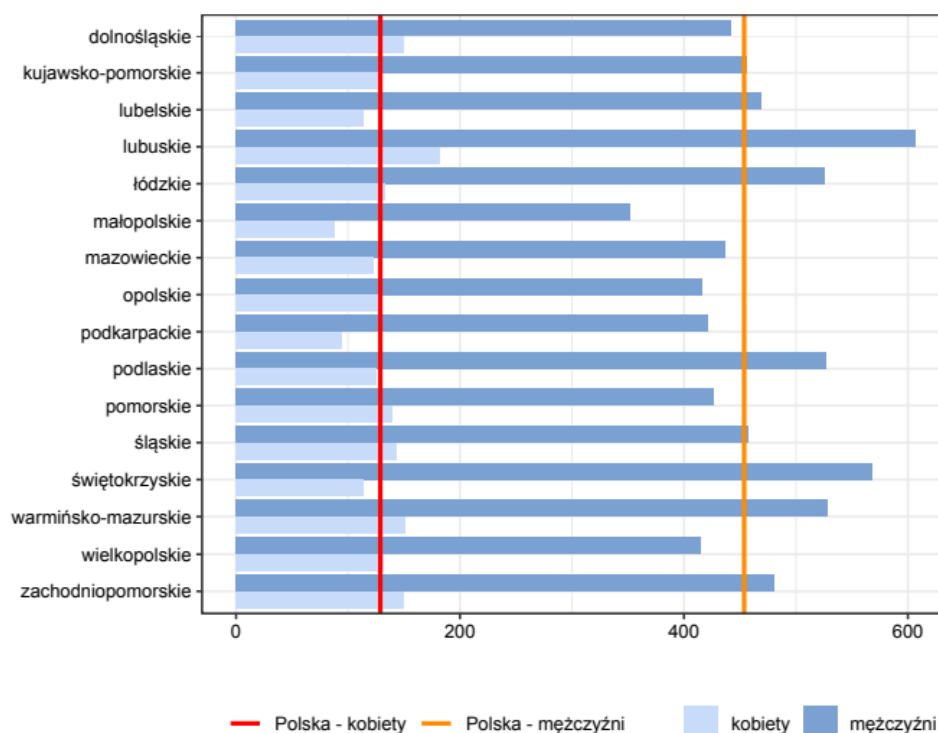
Rycina 1. Współczynnik zapadalność rejestrowanej w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców z podziałem na województwa

Źródło: 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 dla mężczyzn odnotowano 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 natomiast w województwie lubuskim (około 200/100 tys. osób) (Rycina 2)²¹.

²⁰ Ministerstwo Zdrowia (2018). Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie uzależnień. Pozyskano z: http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/11/Mapa_potrzeb_zdrowotnych_zaburzenia_psychiczne_mazowieckie.pdf dostęp z dn. 23.06.2020

²¹ ibidem



Rycina 2. Zapadalność rejestrowana na uzależnienia w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców z podziałem na płeć oraz województwa

Źródło: MPZ 2018

Zapadalność rejestrowana na uzależnienia różni się również w ściśle określonych grupach wiekowych. W mapach potrzeb zdrowotnych wskazano, iż szczyt zapadalności w Polsce przypada na grupę wiekową 44-54 lata. Zarówno wśród mężczyzn (Tabela 3) jak i u kobiet (Tabela 4) największy wskaźnik zapadalności przypada na grupę wiekową między 44-54 lat i wynosi 207,7/100 tys. (kobiety) oraz 695,2/100 tys. (mężczyźni). Najmniejszą zapadalność na uzależnienia odnotowuje się w przedziale wiekowym <18 zarówno u kobiet jak i u mężczyzn na poziomie odpowiednio 29,9/100 tys. i 61,2/100 tys.²².

Tabela 3. Zapadalność rejestrowana wśród mężczyzn w zależności od grupy wiekowej na 100 tys. – uzależnienia

Województwo	Wiek				
	<18	18-44	44-54	54-64	65+
dolnośląskie	93,6	609,7	609,2	499,4	224,0
kujawsko-pomorskie	51,3	621,6	679,5	565,9	228,0
lubelskie	49,6	603,5	720,0	641,7	249,7
lubuskie	155,3	831,4	840,2	698,2	275,1
łódzkie	69,8	738,4	797,6	612,1	227,8
małopolskie	37,5	439,9	606,7	483,7	194,7
mazowieckie	60,2	607,0	677,7	491,2	240,5
opolskie	83,5	557,3	552,6	498,4	220,5
podkarpackie	30,4	524,6	700,3	585,4	234,5
podlaskie	142,7	672,1	774,1	637,4	271,3
pomorskie	48,5	578,8	667,3	539,1	223,2

²² ibidem

Województwo	Wiek				
	<18	18-44	44-54	54-64	65+
śląskie	54,2	643,5	689,1	533,6	198,7
świętokrzyskie	51,3	740,1	899,6	739,0	287,5
warmińsko-mazurskie	71,3	681,4	825,2	650,7	300,5
wielkopolskie	49,8	568,7	662,3	517,9	177,8
zachodniopomorskie	53,5	658,3	706,8	559,8	258,3
Polska	61,2	611,5	695,2	555,7	228,1

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o MPZ 2018

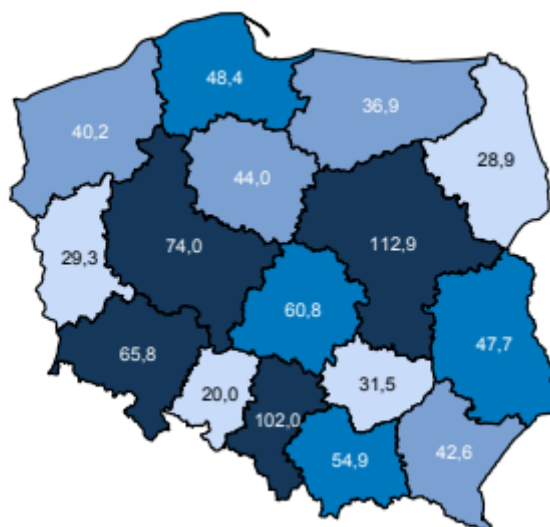
Tabela 4. Zapadalność rejestrowana wśród kobiet w zależności od grupy wiekowej na 100 tys. – uzależnienia.

Województwo	Wiek				
	<18	18-44	44-54	54-64	65+
dolnośląskie	55,1	192,1	223,7	194,7	76,5
kujawsko-pomorskie	30,0	152,2	221,9	176,3	79,8
lubelskie	34,1	143,4	191,0	146,8	62,5
lubuskie	62,5	230,9	257,8	228,0	116,8
łódzkie	24,2	179,5	225,0	173,0	64,7
małopolskie	15,1	95,7	151,0	146,0	66,1
mazowieckie	32,3	165,4	195,8	147,4	66,8
opolskie	27,4	177,4	189,2	143,1	67,2
podkarpackie	14,2	123,7	154,9	126,1	50,7
podlaskie	73,8	154,4	193,1	154,4	58,8
pomorskie	27,4	169,2	231,9	200,9	93,1
śląskie	22,7	186,6	235,3	191,9	75,2
świętokrzyskie	20,6	152,2	186,9	154,1	55,9
warmińsko-mazurskie	35,8	206,6	237,6	178,5	72,0
wielkopolskie	22,6	168,2	221,7	177,4	79,8
zachodniopomorskie	25,7	188,2	221,8	200,7	102,7
Polska	29,9	164,5	207,7	170,9	72,9

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o MPZ 2018

Na dzień 31.12.2016 r. oszacowano chorobowość rejestrowaną na uzależnienia. Ministerstwo Zdrowia wskazuje chorobowość rejestrowaną z podziałem na województwa. Najwyższy wskaźnik chorobowości (112,9/100 tys. osób) odnotowano w województwie mazowieckim. Natomiast najniższą liczbę zachorowań zanotowano w województwie opolskim (20,0/100 tys. osób) (Rycina 3)²³.

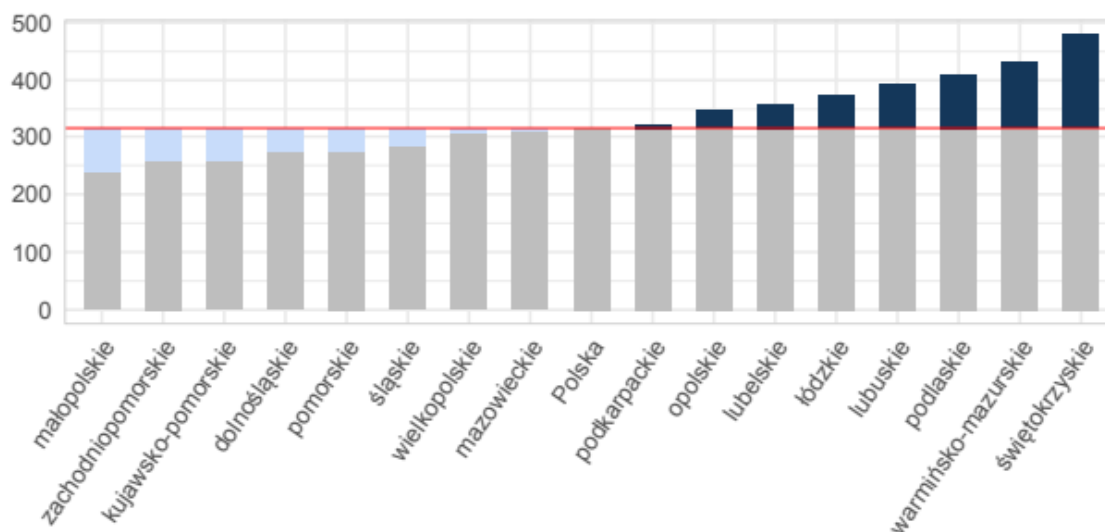
²³ ibidem



Rycina 3. Chorobowość rejestrowana na uzależnienia w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców z podziałem na województwa.

Źródło: MPZ 2018

W 2016 r. najwyższe współczynniki hospitalizacji z powodu uzależnień odnotowano w województwach: świętokrzyskim (ok. 500/100 tys.), warmińsko-mazurskim, podlaskim, lubuskim (ok. 400/100 tys.), łódzkim, lubelskim oraz opolskim (ok. 350/100 tys. dzieci). Dane z ww. województw przekraczają średnią liczbę hospitalizacji dla kraju. Natomiast najniższy wskaźnik hospitalizacji z powodu ww. chorób zarejestrowano w województwie małopolskim (ok. 250/100 tys.) (Rycina 4)²⁴.



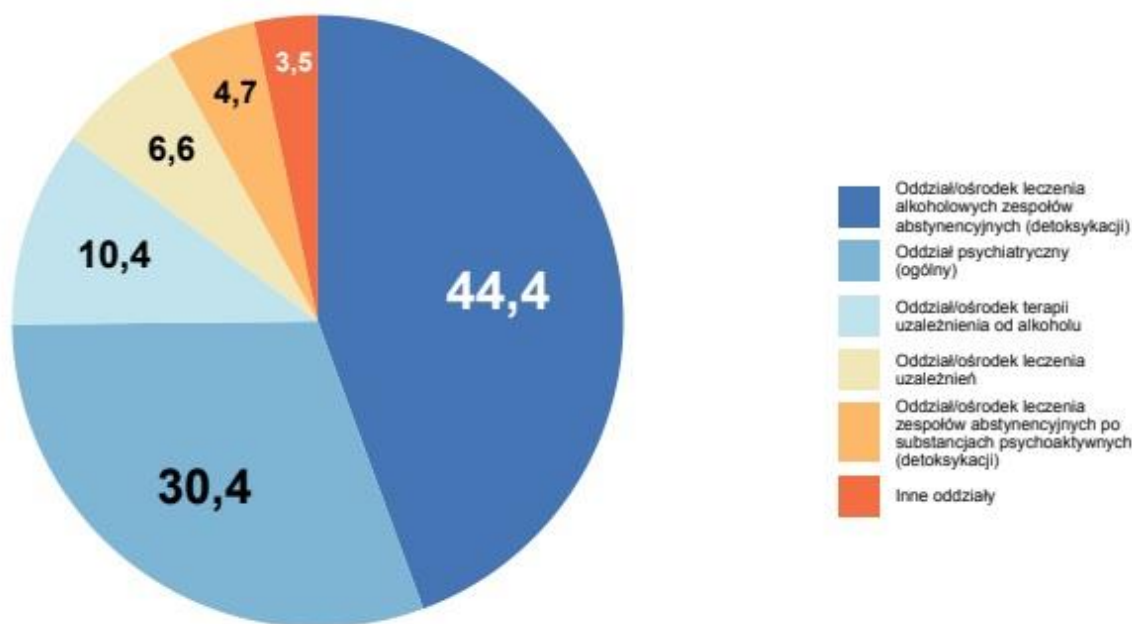
Rycina 4. Liczba hospitalizacji z powodu uzależnień w przeliczeniu na 100 tys. ludności z podziałem na województwa w 2016r.

Źródło: MPZ 2018

W 2016 roku przeprowadzono analizę mającą na celu weryfikację liczby hospitalizowanych pacjentów, wg. oddziałów zgodnie z przyczyną. Największą liczbą hospitalizacji charakteryzował się oddział/ośrodek alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji) (Rycina 5). Względem oddziałów wyniósł 44,4% wszystkich hospitalizacji²⁵.

²⁴ ibidem

²⁵ ibidem



Rycina 5. Liczba hospitalizacji w % wg. oddziałów w 2016r.

Źródło: MPZ 2018

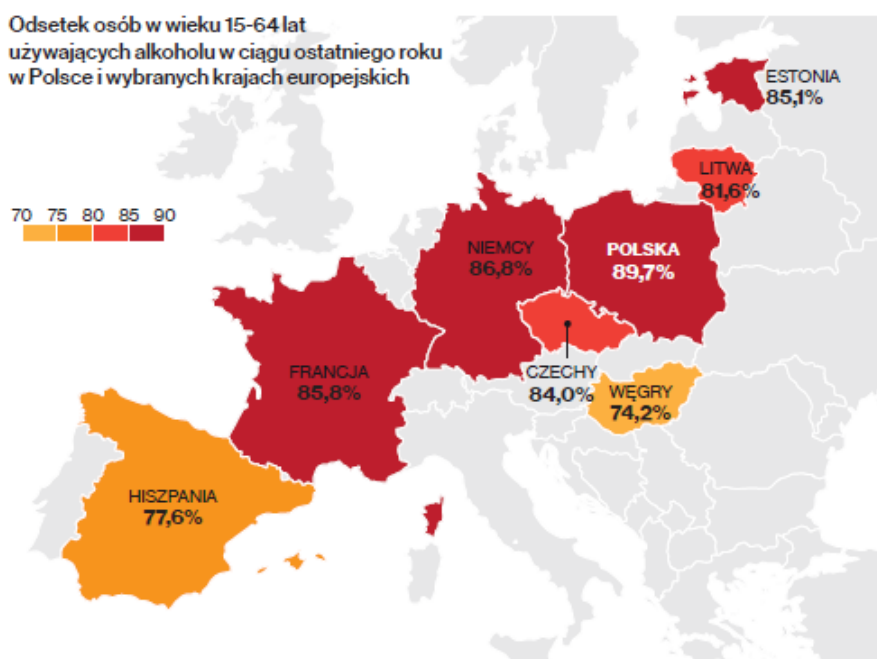
Alkohol

Zgodnie z raportem *World Health Organization* (WHO) alkohol jest przyczyną ponad 5,3% wszystkich zgonów na świecie, z czego 75% ofiar alkoholu to mężczyźni. Alkohol prowadzi do śmierci również w populacji młodych ludzi (13,5% zgonów) w grupie wiekowej 20-39 lat. Ponadto eksperci z WHO podkreślają, że szkodliwe picie alkoholu wywołuje do 200 chorób i rodzajów urazów. Ogółem za 5,1% globalnego obciążenia chorobami i urazami odpowiada nadmierna ilość przyjmowanego alkoholu. Autorzy raportu zaznaczają, że najwyższy wskaźnik uzależnienia od alkoholu znajdują się w Ameryce Północnej i Europie. Na kontynencie europejskim z powodu skutków nadużywania alkoholu cierpi obecnie 14,8% mężczyzn i 3,5% kobiet²⁶.

Najwyższa Izba Kontroli w 2019 roku przeprowadziła kontrolę, która wykazała niską skuteczność programów profilaktycznych nt. uzależnień od alkoholu realizowanych w Polsce, na tle innych krajów Europy. Polska posiada najwyższy odsetek osób w wieku 15-64 lat, które w ciągu ostatniego roku (2018) spożywają alkohol (89,7%) (Rycina 6)²⁷.

²⁶ World Health Organization (2018) Global status report on alcohol and health 2018. Pozyskano z: https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en/ dostęp z dn. 23.06.2020

²⁷ Najwyższa Izba Kontroli (2018). Informacja o wynikach kontroli. Profilaktyka uzależnień od alkoholu i narkotyków. Pozyskano z: <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/19/094/> dostęp z dn. 23.06.2020



Rycina 6. Odsetek osób w wieku 15-64 lata, które spożywały alkohol w przeciągu 2018 roku

Źródło: NIK 2018

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) co roku przeprowadza badania statystyczne, które wskazują na ilość spożywanego alkoholu przypadającego na jednego mieszkańca. Dane wskazują na stosunkowo stałe wartości w tym zakresie między latami 2007-2019. Średnia ilość alkoholu spożywanego na jednego mieszkańca waha się między 9,02 litra, a 9,67 litra, gdzie największą ilość odnotowano w 2013 roku (9,67 litra) (Tabela 5)²⁸.

Tabela 5. Średnia liczba alkoholu na jednego mieszkańca w litrach

Rok	Alkohol (w litrach)
2007	9,21
2008	9,58
2009	9,06
2010	9,02
2011	9,25
2012	9,16
2013	9,67
2014	9,40
2015	9,41
2016	9,37
2017	9,45
2018	9,55

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o PARPA 2020

Główny Urząd Statystyczny w raporcie przedstawia liczbę Polaków uzależnionych od alkoholu leczonych w poradni. Między latami 2007 a 2018, liczba osób leczonych w poradni z powodu uzależnienia zmniejszyła

²⁸ Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (2020). Badania i informacje statystyczne. Statystyki. Pozyskano z: <http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki> dostęp z dn.23.06.2020

się o ok. 10%. Najmniejszą liczbę odnotowano w 2016 roku na poziomie 165 238 przypadków. Natomiast najwyższą jak dotąd liczbę osób leczonych z powodu ww. choroby na poziomie 185 302 osób odnotowano w roku 2009 (Tabela 6)²⁹.

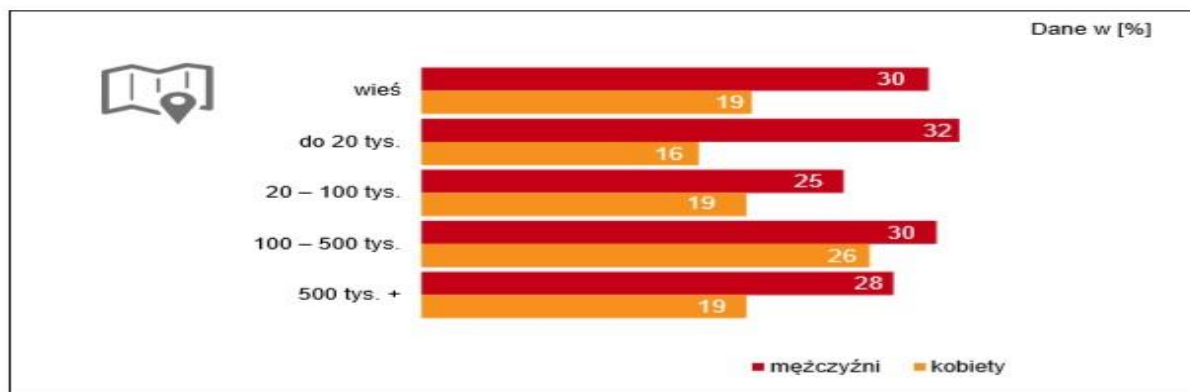
Tabela 6. Liczba osób leczonych w poradni z powodu uzależnień alkoholu w Polsce w latach 2007- 2018

Rok	Liczba osób
2007	181 344
2008	177 962
2009	185 302
2010	183 602
2011	170 011
2012	177 869
2013	179 820
2014	173 332
2015	171 587
2016	165 238
2017	167 349
2018	168 031

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o GUS 2020

Palenie tytoniu

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 mężczyzn (30%-32%) można zauważyć na wsiach oraz w miastach (100-500 tys. mieszkańców). Niezależnie od miejsca zamieszkania mężczyźni palą więcej niż kobiety (od 4% do 16%) (Rycina 7)³⁰.



mężczyźni N=144, kobiety N=109

Rycina 7. Regularne palenie papierosów, a miejsce zamieszkania według płci

Źródło: KP 2017

Główny Urząd Statystyczny co roku przeprowadza badania statystyczne polegające na weryfikacji liczby osób leczonych z powodu uzależnień od palenia papierosów. Między latami 2007 a 2018, liczba osób

²⁹Główny Urząd Statystyczny (2020). Leczeni w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu. Pozyskano z: <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/tablica> dostęp z dn. 23.06.2020.

³⁰ Kantar Public (2017) Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu Kantar Public dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Pozyskano z : <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/04/Postawy-Polaków-do-palenia-tytoniu-Raport-2017.pdf>. dostęp z 23.06.2020 r.

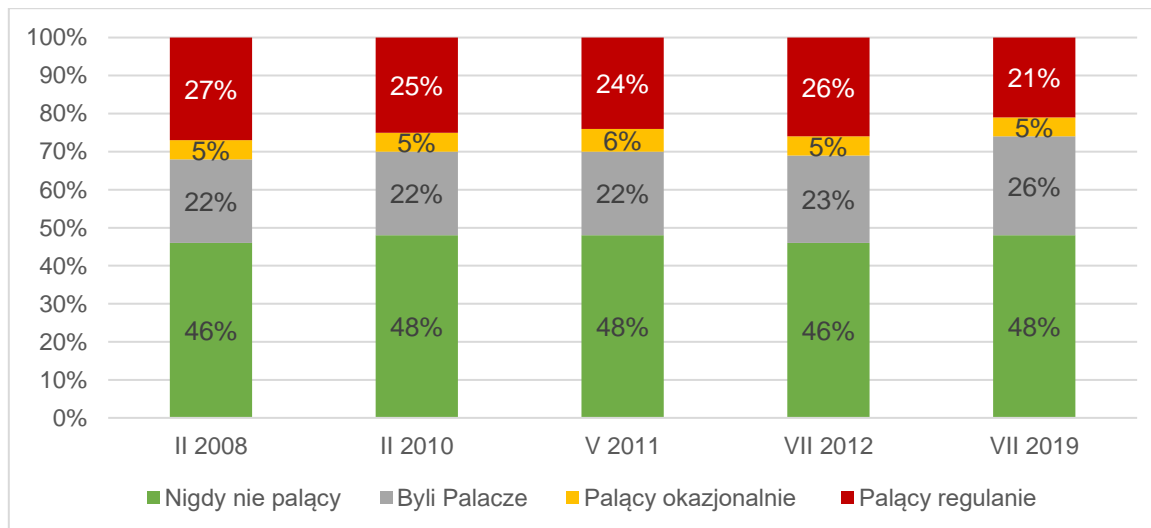
palących tytoń spadła o 35%. Najmniejszą liczbę odnotowano w 2015 roku na poziomie 1 509 przypadków. Zaś w roku 2011 zarejestrowano najwyższą jak dotąd liczbę osób na poziomie 4 113 palaczy (Tabela 7)³¹.

Tabela 7. Liczba osób leczonych w poradni z powodu uzależnienia od palenia tytoniu w Polsce w latach 2007-2018

Rok	Liczba osób
2007	2 332
2008	2 877
2009	2 543
2010	2 225
2011	4 113
2012	1 750
2013	1 562
2014	1 695
2015	1 509
2016	1 669
2017	1 550
2018	1 522

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o 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 w Polsce oznajmiło, że nigdy nie paliło, natomiast 26% osób, to osoby, które rzuciły palenie. Na przestrzeni kilku lat grono osób, które palą sporadycznie to 5% niezależnie od grupy wiekowej (Rycina 8)³².



Rycina 8. Postawy wobec palenia papierosów

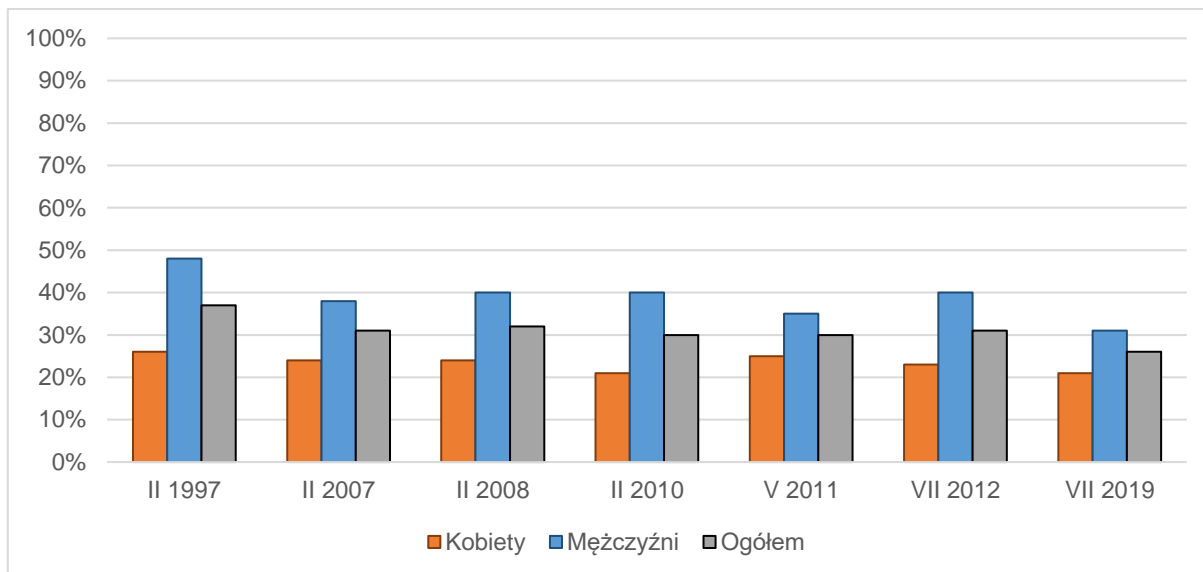
Źródło: Opracowanie własne na podstawie CBOS 2019

W 2019 roku odnotowany został najniższy odsetek osób palących wynoszący 21% mieszkańców Polski. Od 20 lat obserwowana jest tendencja spadkowa tego wskaźnika. Liczba osób uzależnionych od tytoniu w 2019 roku to 26% mężczyzn oraz 21% kobiet. W porównaniu do 1997 roku liczba osób palących spadła z 37% do

³¹ Główny Urząd Statystyczny (2020). Używanie tytoniu. Pozyskano z: <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/tablica> dostęp z dn. 23.06.2020.

³² CBOS (2019). Palenie papierosów. Komunikat z badań Nr 104/2019. ISSN 2353-5822

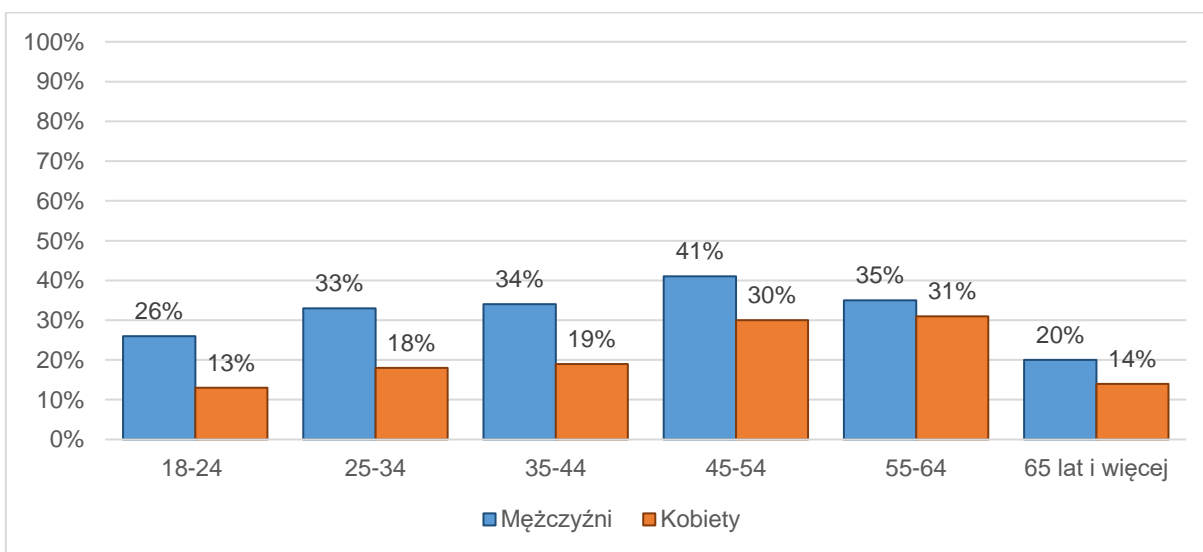
poziomu 26% w roku 2019, w obu płciach. Rok 1997 charakteryzował się stosunkowo wysokim odsetkiem osób palących zarówno wśród mężczyzn (48%) jak i u kobiet (26%) (Rycina 9)³³.



Rycina 9. Odsetek palących kobiet i mężczyzn w stosunku do odsetka ogólnego w latach 1997-2019

Źródło: Opracowanie własne na podstawie CBOS 2019

Zgodnie z danymi CBOS, grupą osób najczęściej uzależniającą się od palenia tytoniu są mężczyźni między 45 a 54 r.ż. (41% badanej populacji). Kobiety zaś częściej stają się nałogowymi palaczkami między 55 a 64 r.ż. (31%). Najniższy wskaźnik palaczy odnotowano w grupie kobiet między 18-24 lat (13%). W przypadku mężczyzn natomiast najniższa wartość tego wskaźnika przypada na grupę wiekową 65+ (20%). W 2018 grupą dominującą w zakresie palenia tytoniu byli mężczyźni, a wartość wskaźnika dla tej grupy przewyższa wartość wskaźnika dla kobiet średnio o 10% (Rycina 10)³⁴.



Rycina 10. Odsetek palących w zależności od płci i wieku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie CBOS 2019

Narkotyki i inne substancje psychoaktywne

Według danych z badań populacyjnych odsetek osób, które miały kontakt z narkotykami w ciągu ostatniego roku w Polsce jest 16 razy 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

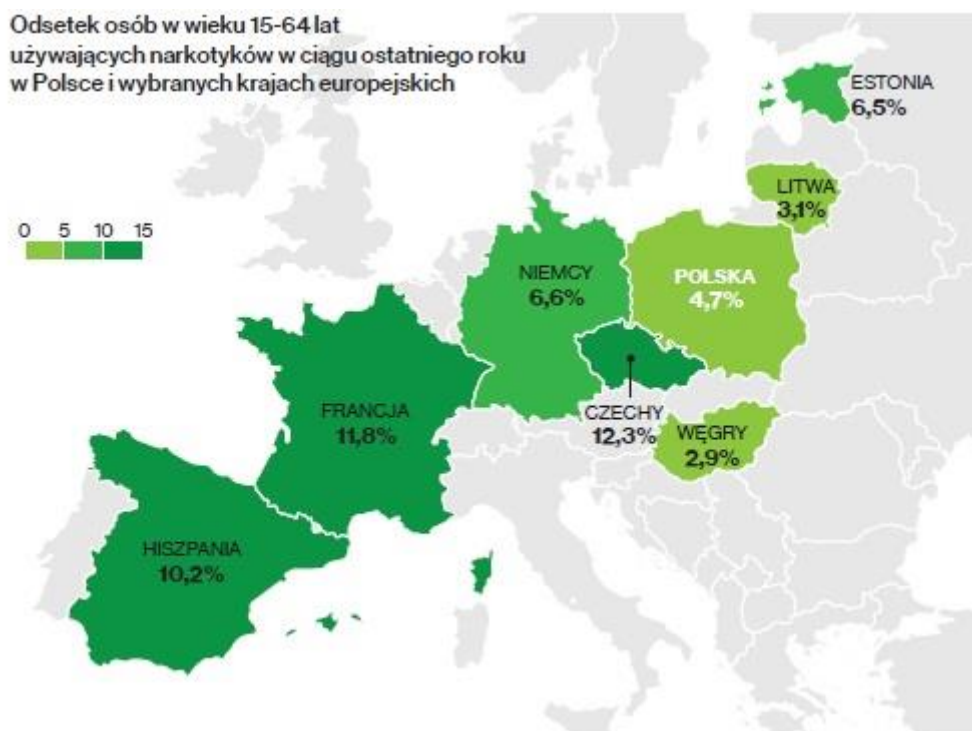
³³ ibidem

³⁴ ibidem

15-34 lata. Uznaje się ją za grupę szczególnego ryzyka wystąpienia uzależnień z uwagi na częsty kontakt z ww. substancjami.

Pod koniec 2018 roku przeprowadzono badania na populacji młodzieży w 80 szkołach ponadgimnazjalnych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Kantar Polska. Do najczęściej używanych narkotyków była zaliczana marihuana i haszysz. Do przyjmowania ich „kiedykolwiek w życiu” przyznało się 38% badanych. Oznacza to spadek o 4% w stosunku do roku 2016. W wynikach ostatniego pomiaru odnotowano 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 przepisu lekarza kiedykolwiek w życiu zadeklarował co piąty uczeń (22%, w 2016 roku – 19%)³⁵.

Najwyższa Izba Kontroli w 2019 roku przeprowadziła kontrolę programów profilaktycznych uzależnień od alkoholu oraz narkotyków. Polska na tle innych krajów Europy posiada niski odsetek osób, które w wieku 15-64 lat, w ciągu ostatniego roku (2018) spożywały narkotyki (4,7%) (Rycina 11)³⁶.



Rycina 11. Odsetek osób w wieku 15-64 lata, które spożywały narkotyki w przeciągu 2018 roku

Źródło: NIK 2018

Główny Urząd Statystyczny co roku przedstawia dane statystyczne określające liczbę Polaków leczonych w poradni z powodu uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Między latami 2007 a 2018, liczba osób leczonych w poradni z powodu uzależnienia wzrosła o 27%. Najmniejszą liczbę odnotowano w 2012 roku na poziomie 27 899 przypadków. Zaś w roku 2018 zarejestrowano najwyższą jak dotąd liczbę osób leczonych z powodu ww. schorzenia na poziomie 43 207 osób (Tabela 8)³⁷.

³⁵ Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (2020).Raport o stanie narkomanii w Polsce w 2019 roku. Pozyskano z : <https://www.cinn.gov.pl/portal?id=1582300>dostęp z dn.24.06.2020

³⁶ Najwyższa Izba Kontroli (2018). Informacja o wynikach kontroli. Profilaktyka uzależnień od alkoholu i narkotyków. Pozyskano z: <https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/19/094/> dostęp z dn. 23.06.2020

³⁷Główny Urząd Statystyczny (2020). Leczeni w poradniach osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem środków psychoaktywnych. Pozyskano z: <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/tablica>dostęp z dn. 23.06.2020.

Tabela 8. Liczba osób leczonych w poradni z powodu uzależnień substancji psychoaktywnych w Polsce w latach 2007-2018

Rok	Liczba osób
2007	33 966
2008	34 526
2009	29 933
2010	31 884
2011	31 277
2012	27 899
2013	31 619
2014	37 303
2015	40 127
2016	38 980
2017	42 448
2018	43 207

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o GUS 2020

W Polsce nie odnotowuje się dużej liczby zgonów spowodowanych bezpośrednio przedawkowaniem narkotyków. Według ostatnich danych Głównego Urzędu Statystycznego z 2017 roku w Polsce zarejestrowano 202 zgony, a w 2016 roku – 204 zgony, których przyczyną były narkotyki. Dane z 2017 roku pokazują, że ofiarami śmiertelnego przedawkowania w Polsce są przede wszystkim mężczyźni (73% przypadków)³⁸.

2.3. Znaczenie dla zdrowia obywateli

Znaczenie dla zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu konieczności:

- ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia
- ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia
- zapobiegania przedwczesnemu zgonowi
- poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość

Uwagi

<Przedstawić przewidywane skutki wdrożenia programu w zależności od rodzaju programu: prewencyjny – przewidywany stopień uniknięcia zachorowania/pogorszenia stanu zdrowia, przesiewowy – przewidywane korzyści wczesnego wykrycia choroby, leczniczy – znaczenie podjęcia leczenia, poprawiający jakość życia – znaczenie poprawy jakości życia>

³⁸ Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (2020).Raport o stanie narkomanii w Polsce w 2019 roku. Pozyskano z: <https://www.cinn.gov.pl/portal?id=1582300>dostęp z dn.24.06.2020

3. Aktualne postępowanie w ocenianym zagadnieniu – wskazanie dostępnych technologii medycznych i stan ich finansowania

<Opisać obecną sytuację w Polsce tj. odniesienie do świadczeń gwarantowanych i aktualnie realizowanych ogólnopolskich programów zdrowotnych/polityki zdrowotnej – opracować na podstawie danych odnalezionych, zaznaczając, z jakiego źródła pochodzą. Przedstawić dostępne informacje, zwłaszcza nt. finansowania zagranicą technologii medycznych wykorzystywanych w danym problemie zdrowotnym w zakresie określonej interwencji i obecnego postępowania w danym kraju w określonym problemie zdrowotnym, jeśli dotyczy>

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 alkoholowych³⁹.

W ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020⁴⁰, 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 finansów⁴¹.

Raport Najwyższej Izby Kontroli z 2019 r. „Profilaktyka uzależnień od alkoholu i narkotyków”⁴² wskazuje, że w latach 2016-2019 organy administracji samorządowej odpowiedzialne za profilaktykę uzależnień od alkoholu i narkotyków nie wykonywały rzetelnie zadań na rzecz poprawy jakości oddziaływań zmieniających zachowania i postawy wobec substancji psychoaktywnych. Nierzetelne były też działania skontrolowanych samorządów województw, które nie przyniosły efektów w postaci systematycznego wzrostu liczby programów rekomendowanych realizowanych w ramach wojewódzkich programów. Rzetelnie ze swoich zadań wywiązały się natomiast Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii. We współpracy z pozostałymi instytucjami współtworzącymi system rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego,

³⁹ NIK (2018) Profilaktyka uzależnień od alkoholu i narkotyków. Pozyskano z: https://www.nik.gov.pl/plik/id,21351_vp,23991.pdf, dostęp z 02.07.2020

⁴⁰ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz.U. 2016 poz. 1492). Pozyskano z: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20160001492>, dostęp z 02.07.2020

⁴¹ Ibidem

⁴² NIK (2018) Profilaktyka uzależnień od alkoholu i narkotyków. Pozyskano z: https://www.nik.gov.pl/plik/id,21351_vp,23991.pdf, dostęp z 02.07.2020

przyczyniły się one do rozwinięcia tego systemu i poszerzenia oferty programów profilaktycznych o potwierdzonej skuteczności⁴³.

Profilaktyka uzależnień od alkoholu⁴⁴:

Zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 2019 poz. 2277)⁴⁵ 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,

⁴³ Ibidem

⁴⁴ Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 18 października 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 2019 poz. 2277). Pozyskano z: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190002277> dostęp z: 02.07.2020

⁴⁵ Ibidem

- koordynacja i inicjowanie działań zwiększających skuteczność i dostępność leczenia odwykowego,
- zlecenie 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 tytoniu⁴⁶:

Zgodnie z ustawą z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. 2019 poz. 2182)⁴⁷ 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 związkami 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,

⁴⁶ Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 18 października 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. 2019 poz. 2182). Pozyskano z: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190002182>, dostęp z: 03.07.2020

⁴⁷ Ibidem

- 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 psychoaktywnych⁴⁸:

Zgodnie z ustawą z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2019 poz. 852)⁴⁹ 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 narkomania,
- 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,

⁴⁸ Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 4 kwietnia 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2019 poz. 852). Pozyskano z: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000852>, dostęp z: 03.07.2020

⁴⁹ Ibidem

- 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 szkolnych⁵⁰.

⁵⁰ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2019 poz. 736). Pozyskano z: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000736>, dostęp z 06.07.2020

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)⁵¹ 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 psycho-edukacyjną 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 substytucyjnego⁵².

⁵¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1285) Pozyskano z: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001285>, dostęp z 06.07.2020

⁵² Ibidem

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.)⁵³.

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 bliskich⁵⁴.

3.1. Aktualne postępowanie i stan finansowania ze środków publicznych w innych krajach

<Opisać obecną sytuację w innych krajach tj. odniesienie do świadczeń gwarantowanych i aktualnie realizowanych ogólnokrajowych programów zdrowotnych/polityki zdrowotnej – opracować na podstawie danych odnalezionych, zaznaczając, z jakiego źródła pochodzą>

Alkohol**USA**Alkohol program⁵⁵

Finansowanie: budżet poszczególnych stanów.

Interwencje:

- ograniczenie godzin sprzedaży produktów alkoholowych,
- zmniejszenie do minimum występowania na danym terenie lokali gastronomicznych oferujących sprzedaż alkoholu,
- zwiększenie podatków od sprzedaży alkoholu,
- kara dla sprzedawcy za sprzedaż alkoholu osobom nieletnim lub nietrzeźwym,
- limit sprzedażowy alkoholu,
- elektroniczne badania przesiewowe i krótka edukacja (e-SBI) z wykorzystaniem urządzenia (np. komputery, telefony lub urządzenia mobilne),
- zakaz sprzedaży napojów alkoholowych dla osób niepełnoletnich oraz zwiększone kontrole sprzedawców.

Populacja docelowa:

- dzieci, młodzież oraz kobiety w ciąży.

Program ukierunkowany jest na zapobieganie nadmiernemu spożywaniu alkoholu i jego skutkom w społeczności, poprzez nadzór placówek zdrowotnych, organizacji publicznych oraz usługodawców lokalnych. Całość planowanych procesów jest wspierana i adaptowana przez sektor zdrowia publicznego. Program ma również na celu wprowadzenie nadzoru zdrowia publicznego nad zjawiskiem nadmiernego spożywania alkoholu, w szczególności przez nieletnich oraz powiązanych z nim skutków zdrowotnych. Badanie przesiewowe obejmuje osoby dotknięte problemem nadmiernego picia alkoholu. W ramach przesiewu stosowana jest także krótka edukacja, która zapewnia spersonalizowane informacje zwrotne na temat ryzyka i konsekwencji nadmiernego picia.

⁵³ PL (1998). Pomarańczowa Linia. Pozyskano z: <http://pomaranczowalinia.pl/o-programie/> dostęp z 06.07.2020

⁵⁴ KBPN (2018). Ogólnopolski Telefon Zaufania. Pozyskano z: <https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=111047> dostęp z 06.07.2020

⁵⁵ Centers for Disease Control and Prevention (2020) Alcohol and Public Health. Pozyskano z : <https://www.cdc.gov/alcohol/about.htm> dn.07.07.2020

Hanley Foundation Prevention Programs⁵⁶

Finansowanie: budżet *Hanley Foundation*.

Interwencja: edukacja i podnoszenie świadomości w zakresie zapobiegania nadużywania alkoholu w szkołach oraz w populacji ogólnej.

Populacja docelowa:

- dzieci i młodzież, w tym uczniowie szkół średnich,
- osoby starsze, rodzice i opiekunowie.

Program został zaprojektowany tak, aby opóźnić moment inicjacji alkoholowej wśród dzieci i młodzieży. Zaprojektowane działania edukacyjne wspomagają nieletnich w podjęciu decyzji o abstynencji oraz zapobiegają one zjawisku szkodliwego picia. Wszelkie działania skoncentrowane są na szkołach oraz realizacji w nich szkoleń na temat szkodliwych skutków picia alkoholu w młodym wieku.

Sober Truth on Preventing (STOP) Underage Drinking Act⁵⁷

Finansowanie: budżet państwa.

Interwencje:

- edukacyjno-motywacyjna kampania medialna,
- szkolenia edukacyjne dla dostawców i usługodawców branży alkoholowej,
- systematyczne kontrole sprzedawców, zgodne z obowiązującym prawem zakazu sprzedaży alkoholu nieletnim.

Populacja docelowa:

- osoby w wieku między 12, a 20 lat.

Program ma charakter ogólnokrajowy i zakłada prowadzenie zintegrowanych działań naceLOWanych zarówno na podniesienie wiedzy uczestników, leczeniu jak i promowaniu prozdrowotnych zachowań. W programie zwraca się szczególną uwagę na opracowanie skutecznych interwencji opartych na dowodach naukowych, w celu ograniczenia lub zlikwidowania alkoholizmu wśród nieletnich.

Project Northland⁵⁸

Finansowanie: brak danych.

Interwencje:

- społeczno-behawioralny program nauczania w klasie,
- wzajemne wspieranie się w projektach i działaniach bezalkoholowych,
- komercyjne kampanie informacyjne i społeczne,
- zaangażowanie klasy w konsekwencje prawne i społeczne,
- edukacja rodziców/opiekunów na temat używania alkoholu przez nieletnich.

Populacja docelowa:

- uczniowie szkół średnich oraz podstawowych.

Projekt Northland to program nauczania dla osób w wieku szkolnym, mający za zadanie zapobieganie spożywania alkoholu. Głównym celem jest zapobieganie i ograniczanie spożywania alkoholu oraz upijania się przez uczniów szkół średnich i podstawowych. Program celuje również w ograniczenie liczby problemów związanych z alkoholem, doświadczanych przez młodych pijących.

⁵⁶ Hanley Foundation (2020)_Prevention Programs. Pozyskano z : <https://hanleyfoundation.org/prevention/> dostęp z dn. 07.07.2020

⁵⁷ Community Anti-Drug Coalitions of America (CADCA)(2020). Sober Truth on Preventing (STOP) Underage Drinking Act Pozyskano z: <https://www.cadca.org/sober-truth-preventing-stop-underage-drinking-act> dostęp z dn. 07.07.2020

⁵⁸ Youth. Project Northland. <https://youth.gov/content/project-northland> dostęp z dn. 07.07.2020

Holandia

Kampanie BOB oraz NIX18⁵⁹

Finansowanie: *Ministry of Health, Welfare and Sport.*

Interwencja: podnoszenie świadomości i edukacja młodych ludzi na temat nadużywania i spożywania alkoholu oraz skutków zdrowotnych z nim związanych.

Populacja docelowa:

- osoby do 18 r.ż.

Rządowa kampania mająca na celu edukację młodych ludzi na temat nadużywania alkoholu i alkoholizmu oraz zapobiegania szkodliwemu piciu wśród nieletnich. Celem kampanii jest utrwalenie normy społecznej, zgodnie z którą ludzie nie piją i nie palą przed ukończeniem 18 roku życia. Istotnym punktem programu jest również utrwalenie wizerunku „trzeźwego kierowcy”.

Australia

Hello Sanday Morning⁶⁰

Finansowanie: *Department of Health, Paul Ramsay Foundation, nib foundation Perpetual Vodafone Foundation Macquarie Group, Foundation Gandel Philanthropy, Kimberley Foundation, Ian Potter Foundation.*

Interwencja: promowanie okresów abstynencyjnych poprzez kampanie medialne oraz dzielenie się doświadczeniami na blogu z innymi uczestnikami.

Populacja docelowa:

- ogólna, uzależniona od alkoholu.

Program ma na celu zachęcenie populacji ogólnej do abstynencji i dzielenia się swoimi doświadczeniami z alkoholem na stronie internetowej oraz aplikacji. Zespół psychologów opracował coaching zdrowotny i strategię, które pomogły ponad 100 000 osobom pić mniej, dzięki aplikacji „Daybreak”. Aplikacja wspomaga osoby z depresją i lękiem przy udziale specjalisty oraz społeczności. Celem aplikacji jest ograniczenie lub powstrzymanie uczestników od picia alkoholu.

FabFest⁶¹

Finansowanie: organizacja charytatywna *YSAS Pty Ltd.*

Interwencja: promowanie miesięcznych abstynencji poprzez kampanie medialne oraz coroczne festiwale.

Populacja docelowa:

- ogólna, uzależniona od alkoholu.

Coroczny festiwal poświęcony zdrowiu i działalności charytatywnej, która zachęca ludzi do abstynencji w lutym. Ocena FebFast w 2011 r. wykazała, że ponad 85% ankietowanych uczestników FebFast zgłosiło korzyści z miesiąca abstynencji. Ponad jedna trzecia osób, które zmniejszyły spożycie alkoholu, utrzymała tę zmianę przez co najmniej 1 rok. Program w oparciu o popularność i powszechność rozpoczął okresowe miesięczne kampanie nacelowane na utrzymanie krótkotrwałej trzeźwości np. kampania „suchy lipiec”.

⁵⁹ Government of the Netherlands (2020). Preventing alcohol abuse and alcoholism. Pozyskano z: <https://www.government.nl/topics/alcohol/preventing-alcohol-abuse-and-alcoholism> dostęp z dn. 07.07.2020

⁶⁰Hello Sanday Morning(2020). Change your relationship with alcohol. Pozyskano z: <https://hellosundaymorning.org/> dostęp dn. 07.07.2020

⁶¹ Feb Fast(2019). Pozyskano z : <https://febfast.org.au/about/alcohol> dostęp z dn. 07.07.20

Narkotyki i inne substancje psychoaktywne

Europa, USA, Ameryka Łacińska, Nepal

Drug Prevention & Drug Education⁶²

Finansowanie: budżet poszczególnych państw.

Interwencje: edukacja nt. narkomanii i ich skutków zdrowotnych.

Populacja docelowa:

- dzieci i młodzież w wieku szkolnym.

Program Nacronon zakłada formę multimedialnej edukacji i szkoleń w tematyce profilaktyki narkotykowej skierowanej do młodych ludzi. Celem programu jest zrozumienie skali problemu i edukacji nt. podejmowanych świadomych decyzji dotyczących użytkowania narkotyków i zachowań prozdrowotnych.

USA

Caring School Community Program⁶³

Finansowanie: budżet poszczególnych hrabstw i stanów.

Interwencja: edukacja psychologiczna i emocjonalna związana z narkomanią.

Populacja docelowa:

- dzieci i młodzież szkolna.

Program koncentruje się na wzmocnieniu tzw. „poczucia wspólnoty” uczniów ze szkołą. Program opiera się na budowaniu trwałej relacji, zaufania i bezpieczeństwa uczniów w środowisku szkolnym. Wyniki programu z wcześniejszych lat wskazały na skuteczność ww. działań. Poczucie wspólnoty było kluczem do ograniczenia zażywania narkotyków, przemocy i problemów ze zdrowiem psychicznym.

Project STAR⁶⁴

Finansowanie: budżet kraju.

Interwencje: edukacja na tle psychologicznym i emocjonalnym związana z narkomanią.

Populacja docelowa:

- nauczyciele, rodzice, dzieci, media, specjaliści ds. narkomanii.

Projekt STAR to kompleksowy program społecznościowy dotyczący zapobiegania narkomanii, z którego mogą korzystać szkoły, rodzice, organizacje społeczne, media i decydenci ds. zdrowia. Część szkolna koncentruje się na wpływie środowiska na rozpowszechnienia zjawiska narkomanii i jest realizowana w ramach zajęć lekcyjnych. Program wspomaga także rodziców w pracy z dziećmi oraz szkoli ich na temat umiejętności psychospołecznych i efektywności komunikacji w rodzinie. Istotnym elementem jest również zachęcenie rodziców i dzieci do działalności prospołecznej.

Kraje Członkowskie UE

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)⁶⁵

Finansowanie: budżet poszczególnych państw członkowskich.

Interwencje: wielokierunkowe działania edukacyjne, społeczne, prawne oraz psychologiczne.

Populacja docelowa:

- osoby uzależnione lub narażona na uzależnienie od narkotyków.

⁶² Nacronon International (2020). Drug Prevention & Drug Education. Pozyskano z: <https://www.narconon.org/drug-prevention/> dostęp z dn. 08.07.2020

⁶³ National Institute on Drug Abuse (2011). Pozyskano z: <https://www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-use-among-children-adolescents/chapter-4-examples-research-based-drug-abuse-prevention-programs/universal-programs> dostęp z dn. 08.07.2020

⁶⁴ ibidem

⁶⁵ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Pozyskano z: <https://www.emcdda.europa.eu/about> dostęp z dn. 08.07.2020

Celem EMCDDA jest przyczynienie się do zdrowszej i bezpieczniejszej Europy. Agencja prowadzi monitoring w zakresie działań profilaktycznych oraz leczniczych narkomanii w Europie. Centrum co roku udostępnia zebrane dane dotyczące profilaktyki, leczenia, skali używania narkotyków, sposobów używania narkotyków, dostępności narkotyków, problemów związanych z narkotykami, przestępczości związanej z narkotykami oraz postaw społecznych wobec narkomanii.

Francja

MILDECA⁶⁶

Finansowanie: budżet państwa.

Interwencje: szeroko pojęte działania edukacyjne, społeczne, prawne oraz psychologiczne.

Populacja docelowa:

- osoby, uzależnione od narkotyków lub narażone na zażywanie narkotyków i innych substancji psychoaktywnych.

Międzyresortowa strategia zwalczania uzależnienia od narkotyków, skupiająca się na szeroko pojętych działaniach edukacyjnych uzupełnionych o aspekty terapii psychologicznej. Celem strategii jest implikacja szeroko pojętych efektywnych działań przyczyniających się do zapobiegania narkomani wśród populacji ogólnej.

Palenie tytoniu

Świat

National Tobacco Control Program⁶⁷

Finansowanie: budżet krajów partnerskich.

Interwencje: wielokierunkowe działania edukacyjne z zakresu aspektów społecznych, prawnych oraz psychologicznych palenia tytoniu.

Populacja docelowa:

- dorośli i młodzież narażenia na bierne palenie,
- osoby uzależnione od wyrobów tytoniowych.

Celem programu NTCP jest zaprezentowanie zagadnień profilaktyki w kompleksowych programach kontroli palenia tytoniu i przedstawienie ww. zagadnień w szkoleniach BHP. Głównym priorytetem NTCP jest wyeliminowanie narażenia na bierne palenie, promowanie rzucania palenia wśród dorosłych i młodzieży oraz zapobieganie inicjacji palenia tytoniu wśród młodzieży.

International Narcotics and Law Enforcement Affairs (INL)⁶⁸

Finansowanie: budżet poszczególnych państw.

Interwencje: edukacja nt. skutków zdrowotnych zażywania narkotyków.

Populacja docelowa:

- ogólna, uzależniona lub narażona na zażywanie narkotyków i innych substancji psychoaktywnych.

Celem Międzynarodowego Programu INL jest zmniejszenie zażywania narkotyków i opóźnienie momentu inicjacji narkotykowej. W ramach planowanych działań prowadzona jest edukacja na temat wszystkich czynników zdrowotnych, społecznych oraz psychicznych związanych z narkomanią.

⁶⁶ Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (2020).Pozyskano z <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/qui-sommes-nous/la-mission>. Dostęp z dn.08.07.2020

⁶⁷Centers for Disease Control and Prevention. National Tobacco Control Program (2020). Pozyskano z: https://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/tobacco_control_programs/ntcp/index.htm dostęp z dn. 08.07.2020

⁶⁸U.S. Department of State Drug Prevention & Drug Education (2020).Pozyskano z: <https://www.state.gov/drug-prevention-and-treatment/> dostęp z dn. 08.07.2020

Partnerships to reduce smoking worldwide⁶⁹

Finansowanie: budżet krajów partnerskich.

Interwencje: szeroko objęte działania edukacyjne z zakresu aspektów społecznych, prawnych oraz psychologicznych palenia tytoniu.

Populacja ogólna:

- młodzież paląca papierosy,
- bierni palacze.

Celem podejścia jest wsparcie krajów partnerskim w zapobieganiu palenia tytoniu u młodzieży oraz ochronie osób niepalących przed szkodami spowodowanymi przez biernie palenie. Do działań tych zalicza się również zmiany w zakresie cen wyrobów tytoniowych, poprzez opodatkowanie tytoniu oraz kompleksowe zakazy palenia. Program dąży do opracowania środków służących w osiągnięciu powyższego celu, zgodnie z „Ramową Konwencją Światowej Organizacji Zdrowia” o ograniczeniu użycia tytoniu.

USAFDA's Youth Tobacco Prevention Plan⁷⁰

Finansowanie: budżet poszczególnych stanów.

Interwencje:

- edukacja nt. skutków zdrowotnych palenia wyrobów tytoniowych.

Populacja docelowa:

- młodzież,
- specjaliści ds. uzależnień.

Kompleksowym celem strategii jest ograniczenie dostępu młodzieży do wyrobów tytoniowych, w tym ograniczanie marketingu wyrobów tytoniowych skierowanych do nastolatków. Program skupia się wokół edukacji na temat zagrożeń związanych z używaniem produktu tytoniowego. Dotyczy to także e-papierosów. W ramach edukacji szkoleni są także specjaliści ds. uzależnień od nikotyny na temat ich roli w ochronie zdrowia młodzieży.

SzkocjaTake it Right Outside⁷¹

Finansowanie: budżet państwa

Interwencje:

- edukacja,
- zachęcanie do zachowania abstynencji nikotynowej,
- ulepszanie usług z zakresu poradnictwa antynikotynowego w podstawowej opiece zdrowotnej,
- wprowadzenie regulacji prawnych dotyczących palenia na terenie kraju.

Populacja docelowa:

- dzieci i młodzież w grupie wysokiego ryzyka.

Program zakłada realizację kampanii społecznej nakierowanej na edukację społeczeństwa w zakresie ograniczenia lub wyeliminowania narażenia na biernie palenie. Istotnym elementem jest również promowanie rzucania palenia oraz zapobieganie inicjacji tytoniowej wśród młodzieży. Autorzy podejścia dochodzą

⁶⁹ Center for Global Tobacco Control. Our Global Initiatives: Partnerships to reduce smoking worldwide. (2020). Pozyskano z: <https://www.hsph.harvard.edu/cgtc/global-initiatives/> dostęp z dn.08.07.2020

⁷⁰ Food and Drugs Administration. FDA's Youth Tobacco Prevention Plan. (2020) Pozyskano z: <https://www.fda.gov/tobacco-products/youth-and-tobacco/fdas-youth-tobacco-prevention-plan> dostęp z dn. 08.07.2020

⁷¹ Public Health Scotland. NHS Health Scotland and the University of Edinburgh. (2019). Pozyskano z: <http://www.healthscotland.scot/health-topics/smoking/smoking-prevention> dostęp z dn.08.07.2020

również do wniosku, że wprowadzenie zakazu palenia na terenie kraju, przyczyni się do stworzenia pokolenia wolnego od tytoniu.

Australia

Smoking Prevention Program ASPIRE⁷²

Finansowanie: budżet kraju.

Interwencje: edukacyjno-motywacyjne działania zachęcające do interakcji poprzez aplikację ASPIRE.

Populacja docelowa:

- młodzież narażona na bierne palenie,
- osoby uzależnione od palenia tytoniu.

ASPIRE to interaktywny program online dla nastolatków, którego celem jest zapobieganie palenia wśród niepalących i ograniczenie intensywności nałogu wśród uzależnionych. Program wykorzystuje nauczanie z użyciem technologii multimedialnej, w tym animacji, ćwiczeń interaktywnych i konferencji wideo z personelem medycznym. Program zawiera informacje na temat krótko- i długoterminowych konsekwencji palenia, w tym także konsekwencji finansowych, zdrowotnych, społecznych i środowiskowych.

3.2. Wskazanie opcjonalnych technologii medycznych (zgodnie z art. 48aa ust. 7 pkt. 4)

<Na podstawie odnalezionych rekomendacji klinicznych, badań i opinii ekspertów przedstawić opcjonalne technologie medyczne mające zastosowanie w przedmiotowym zakresie>

W trakcie prac analitycznych nad niniejszym raportem nie odnaleziono, skutecznych i bezpiecznych, alternatywnych technologii medycznych w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu, tytoniu i narkotyków. Wszelkie skuteczne technologie medyczne zaliczają się obecnie do standardu postępowania.

⁷² Aspire: Smoking Prevention Program (2020). Pozyskano z: <https://positivechoices.org.au/students/aspire-smoking-prevention-program> dostęp z dn.08.07.2020

4. Rekomendacje kliniczne i finansowe – opis odnalezionych rekomendacji w ocenianym wskazaniu

<Przedstawić odnalezione rekomendacje kliniczne i dot. finansowania w ocenianym wskazaniu>

W tabelach poniżej (Tabela 9, Tabela 10) przedstawiono rekomendacje odnalezione w wyniku przeprowadzonego wyszukiwania w bazach i na stronach towarzystw naukowych, którego metodologia została opisana w rozdz. 6.1. (n=26). Do poniższego zestawienia włączono wyłącznie najaktualniejsze rekomendacje/wytyczne o jasno określonej metodologii ich przygotowania.

Tabela 9. Zestawienie rekomendacji pod względem populacji i metodologii

Organizacja	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje	Jakość dowodów naukowych GRADE
USPSTF ⁷³	2020a	Dzieci w wieku ≤ 11 lat, Młodzież w wieku 12-17 lat, Dorośli 18 – 25 lat, Kobiety w ciąży, Personel medyczny POZ.	Obecność dodatkowych czynników ryzyka m.in.: niestabilny stan psychiczny, przestępcze zachowanie.	Edukacja nt. czynników ryzyka i skutków zdrowotnych dot. leczenia uzależnień, Poradnictwo behawioralne, Doradztwo w zakresie POZ, Program edukacyjny dla kobiet w ciąży podczas wizyt domowych, Edukacja młodzieży odbywająca się telefonicznie lub grupowo, Edukacyjne programy dla rodziców nt. czynników ryzyka uzależnienia, Szkolenia dla personelu medycznego nt. zapobiegania spożywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, Nadzór rodzicielski nad dzieckiem w zakresie zażywania substancji psychoaktywnych, Edukacyjne aplikacje podnoszące świadomość dzieci i młodzieży nt. czynników	I

⁷³ 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. *Jama*, 323(20), 2060-2066.

Organizacja	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje	Jakość dowodów naukowych GRADE
				ryzyka, Szkolenia edukacyjne dla osób należących do grupy wysokiego ryzyka (np. osoby podatne na zażywanie narkotyków).	
USPSTF⁷⁴	2020b	Młodzież w wieku 12-17 lat, Dorośli ≥ 18, Kobiety w ciąży i w okresie połogu.	Obecność dodatkowych czynników ryzyka m.in.: brak nadzoru rodzicielskiego, niska pozycja społeczna, dostęp do narkotyków.	Badanie przesiewowe polegające na wywiadzie pod kątem zażywania narkotyków, Narzędzie szybkiej oceny uzależnienia tzw. NIDA ang. <i>National Institute on Drug Abuse</i> , Konsultacja specjalistyczna, Program antynikotynowy, Narzędzie oceny tj. ASSIST ant. <i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i> , Edukacja podnosząca świadomość nt. skutków zdrowotnych wynikających z uzależnienia, Narzędzie tzw. PRO ang. <i>Prenatal Risk Overview</i> , Poradnictwo behawioralne, w tym poradnictwo rodzinne, Edukacja nt. działań motywacyjnych, zapobiegania nawrotom oraz wzmacnianie psychiki, 12-etapowa terapia	Tak

⁷⁴ 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. *Jama*, 323(22), 2301-2309.

Organizacja	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje	Jakość dowodów naukowych GRADE
				facylitacyjna, Indywidualne sesje edukacyjne trwające kilka tygodni lub kilka miesięcy.	
USPSTF⁷⁵	2020c	Dzieci i młodzież w wieku ≤ 18 lat korzystające z wyrobów tytoniowych, w szczególności e-papierosów.	Obecność dodatkowych czynników ryzyka m.in.: płeć męska, rasa biała, rodzic palący papierosy.	Utrwalanie w populacji dzieci i młodzieży pozytywnych zachowań prozdrowotnych, Doradztwo w zakresie POZ, Edukacja nakierowana na ograniczenie lub całkowite zaprzestanie palenia, Poradnictwo behawioralne dla rodziców oraz dzieci, Krótkie porady lekarskie, Edukacja terapeutyczna pacjenta, Porady edukacyjne udzielane telefonicznie, Materiały edukacyjne (broszury), Interaktywne programy edukacyjne włączające dzieci i młodzież do czynnego udziału.	B
PARPA⁷⁶	2019	Personel medyczny, Pracownicy samorządowi, Osoby uzależnione od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.	Obecność dodatkowych czynników ryzyka m.in.: obciążenia genetyczne, zaniedbanie wychowawcze ze strony rodziców.	Programy edukacyjne prowadzone przez wykwalifikowaną kadrę, tj. specjalistę ds. uzależnień, Zwiększenie świadomości na temat skutków zdrowotnych	Nie określono

⁷⁵ 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. *Jama*, 323(16), 1590-1598.

⁷⁶Podstawowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (2019) Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2020 roku – wydanie I. Warszawa 2019.

Organizacja	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje	Jakość dowodów naukowych GRADE
				<p>picia alkoholu,</p> <p>Dostępność do pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej,</p> <p>Edukacja w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych,</p> <p>Pomoc psychospołeczna i prawna dla rodzin, w których występują problemy alkoholowe,</p> <p>Profilaktyka selektywna w formie działań edukacyjnych,</p> <p>Wprowadzenie zakazu emitowania reklam o produktach alkoholowych w telewizji,</p> <p>Realizacja programów nt. wczesnego rozpoznawania uzależnień i krótkiej interwencji odbywających się w ramach POZ,</p> <p>Szkolenia dla personelu medycznego w obszarze wczesnego rozpoznawania uzależnień,</p> <p>Program edukacyjny dla przedstawicieli samorządów lokalnych, stowarzyszeń abstynenckich oraz członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.</p>	
RACGP⁷⁷	2019	Personel medyczny.	Obecność dodatkowych czynników ryzyka m.in.: picie alkoholu, stres emocjonalny.	Szkolenia z zakresu skutecznej Identyfikacji osób palących, Stała kontrola lekarska nad	Nie określono

⁷⁷ Zwar, N., Richmond, R., Borland, R., Peters, M., Litt, J., Bell, J., ... & Ferretter, I. (2011). Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. *Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners.*

Organizacja	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje	Jakość dowodów naukowych GRADE
				<p>pacjentem,</p> <p>Szkolenia edukacyjne nt. terapii antynikotynowej pacjenta,</p> <p>Poradnictwo w formie konsultacji telefonicznych oraz spotkań terapeutycznych,</p> <p>Edukacja pacjentów w zakresie aktywności fizycznej oraz zdrowej diety w celu zapobiegnięcia zwiększeniu masy ciała przy rzucaniu palenia,</p> <p>Zalecanie dla pacjenta zastosowania dodatkowych usług wsparcia tj. programy online.</p>	
<p>USPSTF⁷⁸</p>	<p>2018</p>	<p>Osoby dorosłe oraz kobiety w ciąży korzystające z usług w POZ.</p>	<p>-</p>	<p>Poradnictwo behawioralne,</p> <p>Test AUDIT-C ang. <i>The Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption</i>,</p> <p>Pełna diagnostyka przed terapeutyczna pacjenta,</p> <p>Badanie przesiewowe - SASQ ang. <i>Single Alcohol Screening Question</i>,</p> <p>Narzędzie oceny tj. ASSIST ant. <i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>,</p> <p>Badanie przesiewowe dla kobiet w ciąży – TWEAK ang. <i>Tolerance, Worried, Eye-opener</i>,</p>	<p>Tak</p>

⁷⁸ 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. *JAMA*. 2018;320(18):1899-1909

Organizacja	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje	Jakość dowodów naukowych GRADE
				<i>Amnesia, Kut down.</i>	
ENSP ⁷⁹	2018	Osoby uzależnione od nikotyny, Personel medyczny.	-	Klasyfikacja historii palenia wykonywana przez lekarza, Badanie na obecność chorób tytonio-zależnych, Oszacowanie stopnia uzależnienia od wyrobów tytoniowych, Test Fagerström'a, Edukacja terapeutyczna pacjenta, Wsparcie behawioralne, Wdrożenie leczenia farmaceutycznego w ciężkich przypadkach choroby, Dostosowanie działań utrwalających z uwagi na ryzyko wystąpienia nawrotu choroby, Wsparcie pacjenta przez lekarza w dążeniu do abstynencji nikotynowej, Szkolenie dla personelu medycznego w zakresie terapii antynikotynowej oraz wsparcia dla pacjenta podczas tej terapii, Badanie specjalistyczne dla pacjentów, u których występuje brak motywacji do rzucenia palenia, Terapia antynikotynowa	Nie określono

⁷⁹ European Network for Smoking and Tobacco Prevention (2018). 2018 Guidelines for treating tobacco dependence. Pozyskano z: http://elearning-ensp.eu/pluginfile.php/1052/mod_resource/content/2/guidelines_2018_english.pdf Dostęp z: 16.06.2020.

Organizacja	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje	Jakość dowodów naukowych GRADE
				z zastosowaniem strategii 5A, Terapia behawioralno-poznawcza (CBT), Indywidualne konsultacje lekarskie lub telefoniczne, Edukacja młodzieży przez lekarzy w z celu uniknięcia wykształcenia się nałogu palenia, Test oddechowy (CO), Krótkie porady lekarskie.	
AAFP ⁸⁰	2018	Osoby narażone na uzależnienie od narkotyków, w tym kobiety w ciąży.	-	Terapia behawioralno-poznawcza, Badanie moczu na obecność substancji psychoaktywnych, Szczegółowy wywiad lekarski, Terapia psychologiczna.	Nie określono
NICE ⁸¹	2018	Personel medyczny, Osoby palące papierosy ≥ 12 r.ż.	-	Kampanie edukacyjne nakierowane na rzucenie palenia, Kontrolowanie stanu zdrowia osób palących, Wsparcie behawioralne, Zastosowanie środków nikotynozastępczych, Porady lekarskie dla pacjentów uzależnionych od nikotyny, Szkolenia dla personelu medycznego dot. edukacji	Nie określono

⁸⁰ Klega, A. E., & Keehbauch, J. T. (2018). Stimulant and designer drug use: primary care management. *American family physician*, 98(2), 85-92.

⁸¹ Linden, B. (2018). Stop smoking interventions and services: 2018 NICE guideline. *British Journal of Cardiac Nursing*, 14(3), 139-141.

Organizacja	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje	Jakość dowodów naukowych GRADE
				pacjentów nt. rzucenia palenia tytoniu, Obostrzenia wprowadzające zakaz palenia w miejscach pracy.	
EAR ⁸²	2017	Personel medyczny, Osoby w grupie wysokiego ryzyka, narażone na uzależnienie od alkoholu.	Obecność dodatkowych czynników ryzyka m.in.: zaburzenia psychiczne, depresja.	Test oddechowy, Badanie przesiewowe tj. ASSIST ant. <i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i> , Badanie oceniające wskaźnik zawartości glukuronid etylu (EtG) w krwi, Badanie transferyny z niedoborem węglowodanów, Badanie poziomu gamma-glutamylotransferazy (GGT), Test AUDIT ang. <i>The Alcohol Use Disorders Identification Test</i> , Badanie pod kątem zaburzeń związanych z alkoholem u pacjentów z chorobami wątroby, Edukacja terapeutyczna pacjenta, Terapie indywidualne, Wywiad motywacyjny MI ang. <i>motivational interview</i> , Terapia behawioralno-poznawcza,	Nie określono

⁸² European Addiction Research (2017). German Guidelines on Screening, Diagnosis and Treatment of Alcohol Use Disorders. Eur Addict Res 2017;23:45–60, 2017 S. Karger AG, Basel

Organizacja	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje	Jakość dowodów naukowych GRADE
				<p>Wielowymiarowa terapia dla całej rodziny w leczeniu dzieci i młodzieży,</p> <p>Wsparcie psychospołeczne,</p> <p>Terapia psychoterapeutyczna dla kobiet w ciąży,</p> <p>Wizyty domowe dla kobiet w ciąży,</p> <p>Krótkotrwała psychodynamiczna terapia dla pacjentów w ostrej fazie choroby.</p>	
NICE⁸³	2017	Personel medyczny, Specjaliści ds. uzależnień od narkotyków.	Obecność dodatkowych czynników ryzyka m.in.: zaburzenia psychiczne, wykluczenie społeczne.	<p>Edukacja terapeutyczna pacjenta,</p> <p>Szkolenia edukacyjne dla dzieci i młodzieży nt. skutków zażywania narkotyków,</p> <p>Rutynowe spotkania ze specjalistami oraz wizyty lekarskie,</p> <p>Szkolenia edukacyjne dla dzieci i młodzieży nt. radzenia sobie z uczuciem wykluczenia społecznego i rozwiązywania konfliktów,</p> <p>Indywidualne sesje ze specjalistą ds. uzależnień.</p>	Nie określono
AFP⁸⁴	2016	Personel medyczny w POZ.	-	<p>Szkolenie w zakresie zastosowania testu przesiewowego tj. AUDIT-C ang. <i>The Alcohol Use Disorders</i></p>	Nie określono

⁸³ National Institute for Health and Care Excellence (2017). Drug misuse prevention: targeted interventions. Pozyskano z: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng64>, Dostęp z: 17.06.2020

⁸⁴ 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

Organizacja	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje	Jakość dowodów naukowych GRADE
				<i>Identification Test Consumption.</i>	
NICE ⁸⁵	2015	Personel medyczny, Pracownicy samorządowi, Specjaliści ds. uzależnień od nikotyny.	Obecność dodatkowych czynników ryzyka m.in.: zaburzenia psychiczne, niski status społeczny.	Edukacja nakierowana na powstrzymanie dzieci i młodzieży przed rozpoczęciem palenia tytoniu, Szkolenia dla dzieci i młodzieży z zakresu rozwiązywania problemów i podejmowania decyzji, Wprowadzenie przez szkoły i uczelnie całkowitego zakazu palenia, Szkolenia dla pracowników z zakresu zaprzestania palenia papierosów podczas wykonywania pracy, Wprowadzenie obostrzeń dotyczących handlarzy sprzedających wyroby tytoniowe osobom poniżej 18 r.ż., Wsparcie psychologiczne, Terapia nikotynozastępcza dla osób rzucających palenie, Medialne kampanie informacyjno-edukacyjne nacelowane na ograniczenie palenia tytoniu.	Nie określono
UNDOC ⁸⁶	2015	Młodzież i dzieci w grupie wysokiego ryzyka narażone na uzależnienie od narkotyków.	Obecność dodatkowych czynników ryzyka m.in.: zaburzenia psychiczne, przemoc w rodzinie,	Edukacja nacelowana na powstrzymanie populacji przed rozpoczęcia zażywania	Nie określono

⁸⁵ National Institute for Health and Care Excellence (2017). Smoking:reducing and preventing tobacco use. Pozyskano z: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs82>, Dostęp z:18.06.2020

⁸⁶ United Nations Office on Drugs and Crime. (2015). International standards on drug use prevention.

Organizacja	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje	Jakość dowodów naukowych GRADE
			wykluczenie społeczne.	narkotyków, Szkolenia dla rodziców z zakresu komunikacji i umiejętności psychospołecznych, Szkolenia edukacyjne prowadzone przez nauczycieli nt. umiejętności psychospołecznych, komfort emocjonalny oraz zaprezentowaniu ogólnych standardów i zachowań społecznych.	
USPSTF⁸⁷	2015	Dorośli ≥ 18, Kobiety w ciąży.	Obecność dodatkowych czynników ryzyka m.in.: zaburzenia psychiczne.	Poradnictwo behawioralne, Edukacja nt. ograniczenia lub rzucenia palenia, Szczegółowy wywiad lekarski dla kobiet w ciąży, Porady lekarskie nt. czynników zdrowotnych palenia papierosów, Terapia antynikotynowa z zastosowaniem strategii 5A.	A
CDC/NIOSH⁸⁸	2015	Pracownicy zakładów pracy, Pracodawcy.	Obecność dodatkowych czynników ryzyka m.in.: pracownicy branży budowlanej oraz wydobywczej.	Utworzenie stref wolnych od dymu tytoniowego w zakładach pracy, Programy edukacyjne w celu wspierania osób podejmujących decyzje o zaprzestaniu lub	Nie określono

⁸⁷ Siu, A. L. (2015). Behavioral and pharmacotherapy interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant women: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of internal medicine*, 163(8), 622-634.

⁸⁸ 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.

Organizacja	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje	Jakość dowodów naukowych GRADE
				ograniczeniu palenia tytoniu, Edukacja pracowników nt. zagrożeń zdrowotnych płynących z palenia tytoniu i biernego palenia, Obostrzenia wprowadzające zakaz palenia w miejscach pracy, Edukacja antynikotynowa jako część szkoleń BHP, Programy wspierające terapię antynikotynową dla pracowników w formie nieodpłatnej, Promowanie przez pracodawcę bezpiecznego miejsca pracy wolnego od dymu nikotynowego.	
<p>RACGP⁸⁹</p>	<p>2014</p>	<p>Personel medyczny, Pracownicy samorządowi.</p>	<p>-</p>	<p>Programy edukacyjne nacelowane na rzucenie palenia papierosów, Lekarskie zalecenia zaprzestania palenia papierosów, Telefoniczne konsultacje motywacyjne, Konsultacje i spotkania grupowe dla osób uzależnionych od tytoniu, Systematyczne wizyty lekarskie dla pacjentów którzy podjęli się zerwania z nałogiem, Identyfikacja osób</p>	<p>Nie określono</p>

⁸⁹ Zwar, N., Richmond, R., & Borland, R. (2014). Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. The Royal Australian College of General Practitioners: Melbourne 2011.

Organizacja	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje	Jakość dowodów naukowych GRADE
				uzależnionych od nikotyny i stała kontrola ich stanu zdrowia, Terapia nikotyno-zastępcza, Podwyższenie cen wyrobów nikotynowych, Ograniczony dostęp w miejscach publicznych dla palaczy, Ograniczenie marketingu wyrobów nikotynowych.	
AFP ⁹⁰	2014	Ogólna.	-	Narzędzie przesiewowe tj. AUDIT-C/AUDIT ang. <i>The Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption</i> , Wywiad motywacyjny specjalisty z pacjentem nt. ograniczenia alkoholu oraz skutków zdrowotnych wynikających z nadużycia alkoholu tzw. krótka interwencja antyalkoholowa, Program 12-stopniowy oparty na grupach wsparcia tzw. Anonimowych Alkoholików, Kierowanie pacjenta w trakcie leczenia przez grupę specjalistów, Promowanie okresów abstynencyjnych przez programy medialne Ograniczenie godzin handlu, rynków zbytu oraz wzrost	Nie określono

⁹⁰ Australian Family Physician (2014). Alcohol: prevention, policy and primary care responses. REPRINTED FROM AUSTRALIAN FAMILY PHYSICIAN VOL. 43, NO. 6, JUNE 2014

Organizacja	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje	Jakość dowodów naukowych GRADE
				kosztów alkoholu.	
AAFP⁹¹	2013	Personel medyczny, Osoby znajdujące się w grupie wysokiego ryzyka narażone na uzależnienie od narkotyków.	Obecność dodatkowych czynników ryzyka m.in.: zaburzenia psychiczne, przemoc w rodzinie.	Praktyczne ramy postępowania diagnostycznego dla lekarza POZ, w przypadku pacjentów uzależnionych od narkotyków, Badanie przesiewowe, składające się z 10 pytań, Kryteria określające nadużywanie i uzależnienie od narkotyków i innych substancji, Kontrolowanie i obserwacja pacjentów od 4 do 6 tygodni po zidentyfikowaniu zażywania narkotyków lub substancji uzależniających, Krótkie porady lekarskie, W przypadku wysokiego stadium choroby, skierowanie na leczenie specjalistyczne, Rozmowy motywacyjne lekarza z pacjentem.	Nie określono
WHO⁹²	2012	Osoby uzależnione od alkoholu.	Obecność dodatkowych czynników ryzyka m.in.: alkoholizm w rodzinie, zaburzenia psychiczne.	Ograniczenie godzin handlu, rynków zbytu oraz wzrost kosztów alkoholu, Zastosowanie testów na trzeźwość w miejscu pracy, Programy profilaktyczne nt. zaprzestania spożywania alkoholu w miejscu pracy, Poradnictwo prenatalne	Nie określono

⁹¹ 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

⁹² Moeller, L., Galea, G., & World Health Organization. (2012). *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Organizacja	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje	Jakość dowodów naukowych GRADE
				zawierające edukację nt. czynników ryzyka spożywania alkoholu, Szkolenie dla pracowników służby zdrowia w zakresie programów profilaktycznych dot. uzależnienia od alkoholu, Rozmowa motywacyjna lekarza z pacjentem, Edukacja i wsparcie psychologiczne dla dzieci, które pochodzą z rodzin uzależnionych od alkoholu, Krótka interwencja antyalkoholowa.	
AFP ⁹³	2011	Personel medyczny POZ.	-	Skuteczne zarządzanie problemem zdrowotnym związanym z alkoholizmem Krótka interwencja antyalkoholowa personelu medycznego z pacjentem, Edukacja pacjenta nt. szkód związanych z piciem alkoholu, w tym problemów fizycznych, psychicznych i społecznych, Przedstawienie pacjentowi korzyści z odstawienia alkoholu, Realizacja strategii leczenia pacjenta określonej przez lekarza, Przejrzysta komunikacja między pacjentem, a lekarzem.	Nie określono

⁹³ Australian Family Physician (2011). Problem drinking Management in general practice. Vol. 40, No. 8 August 2011

Organizacja	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje	Jakość dowodów naukowych GRADE
NIAAA ⁹⁴	2011	Dzieci i młodzież w wieku 9-18 lat w grupie wysokiego ryzyka narażone na uzależnienie od alkoholu, Personel medyczny POZ.	Obecność dodatkowych czynników ryzyka m.in.: zaburzenia psychiczne.	Narzędzie przesiewowe tj. AUDIT ang. <i>The Alcohol Use Disorders Identification Test</i> , Prowadzenie dokumentacji/historii medycznej pacjenta włączonego do terapii odwykowej, Badanie przesiewowe - CRAFFT ang. <i>Car, Relax, Alone, Forget, Friends</i> , Wsparcie psychologiczne ze strony lekarza specjalisty ds. uzależnień, Systematyczne wizyty kontrolne, Poradnictwo specjalisty.	Nie określono
NICE ⁹⁵	2011a	Dzieci w wieku 10-18 lat oraz osoby starsze narażone na uzależnienie od alkoholu, Personel medyczny POZ.	Obecność dodatkowych czynników ryzyka m.in.: zaburzenia psychiczne.	Szkolenia dla służby zdrowia i opieki społecznej promujące świadomość alkoholową, Oportunistycznie przeprowadzanie badań przesiewowych przez personel medyczny, Kierowanie osób uzależnionych do specjalisty ds. uzależnień, Wsparcie psychologiczne, Porady edukacyjne nt. skutków zdrowotnych picia alkoholu, Odpowiednio dobrany schemat leczenia pod względem wieku	Nie określono

⁹⁴ 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.

⁹⁵ The National Institute for Health and Care Excellence (2011). Alcohol-use disorders: diagnosis and management.

Organizacja	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje	Jakość dowodów naukowych GRADE
				czy nasilenia uzależnienia od alkoholu, Kompleksowa oceny potrzeb pacjenta, Narzędzie przesiewowe tj. AUDIT ang. <i>The Alcohol Use Disorders Identification Test</i> , Terapia poznawczo-behawioralna, Wywiad diagnostyczny ADI ang. <i>Adolescent Diagnostic Interview</i> , Stosowanie wskaźnika uzależnienia-ASI ang. <i>Teen Addiction Severity Index</i> .	
NICE ⁹⁶	2011b	Dzieci w wieku 10-18 lat oraz osoby starsze narażone na uzależnienie od alkoholu, Personel medyczny POZ.	Obecność dodatkowych czynników ryzyka m.in.: zaburzenia psychiczne.	Systematyczne szkolenia tematyczne podnoszące kwalifikacje personelu medycznego, Terapia poznawczo-behawioralna, Wywiad diagnostyczny ADI ang. <i>Adolescent Diagnostic Interview</i> , Stosowanie wskaźnika uzależnienia-ASI ang. <i>Teen Addiction Severity Index</i> , Terapia rodzinna, trwająca do 3 miesięcy, Kierowanie pacjentów z zaburzeniami psychiatrycznymi do lekarza psychiatry,	Nie określono

⁹⁶ 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

Organizacja	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje	Jakość dowodów naukowych GRADE
				Obszerny program profilaktyczny przeciwdziałający alkoholizmowi, zawierający profilaktykę chorób współistniejących, Terapia psychologiczna, jako nieodłączony element programu profilaktycznego.	
NICE ⁹⁷	2010	Personel medyczny POZ, Pracownicy samorządowi.	-	Ograniczenie godzin handlu, rynków zbytu oraz wzrost kosztów alkoholu, Wywiad diagnostyczny ADI ang. <i>Adolescent Diagnostic Interview</i> , Stosowanie wskaźnika uzależnienia-ASI ang. <i>Teen Addiction Severity Index</i> , Badanie przesiewowe - CRAFFT ang. <i>Car, Relax, Alone, Forget, Friends</i> , Test AUDIT-C ang. <i>The Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption</i> , Wywiad klasyfikacyjny SASQ ang. <i>Single Alcohol Screening Question</i> , Test alkoholowy Paddington (PAT), Krótkie interwencje antyalkoholowe, Systematyczne wizyty lekarskie oraz monitorowanie stanu	Nie określono

⁹⁷ 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.

Organizacja	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje	Jakość dowodów naukowych GRADE
				zdrowia pacjenta, Edukacja nt. skutków zdrowotnych spożywania alkoholu udzielana przez nauczycieli, rodziców, opiekunów oraz specjalistów ds. ochrony zdrowia dziecka i młodzieży.	
WHO⁹⁸	2010	Personel medyczny POZ, Kadra naukowa szkół podstawowych.	-	Kwestionariusz ASSIST ang. <i>The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test.</i>	Nie określono

⁹⁸ 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.

Tabela 10. Zestawienie rekomendacji w zakresie profilaktyki reumatoidalnego zapalenia stawów

Organizacja	Treść rekomendacji
<p>Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych - PARPA 2019⁹⁹</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizacja rekomenduje, aby zwiększać świadomość, w szczególności dzieci i młodzieży, na temat skutków zdrowotnych picia alkoholu. Kwestie poruszane w ramach edukacji powinny obejmować takie skutki zdrowotne jak: <ul style="list-style-type: none"> ○ zaburzenie procesu rozwojowego, ○ upośledzenie czynności poznawczych, ○ zaburzenia koncentracji uwagi, ○ utrata kontroli nad emocjami, ○ problemy z pamięcią. • Należy zwiększyć dostępność do pomocy terapeutycznej i rehabilitacyjnej dla osób uzależnionych od alkoholu. • Organizacja zaleca edukację społeczeństwa w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych. • Towarzystwo podkreśla potrzebę udzielania pomocy psychospołecznej i prawnej rodzinom, w których występują problemy alkoholowe, a w szczególności ochrony przed przemocą w rodzinie. • Metodą zmniejszającą alkoholizm wśród dzieci i młodzieży są programy profilaktyczne, które mają na celu opóźnianie inicjacji alkoholowej w okresie pierwszych eksperymentów z alkoholem. • Zaleca się profilaktykę selektywną w formie działań edukacyjnych, opiekuńczych i rozwojowych, które są podejmowane wobec dzieci pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym. • Towarzystwo rekomenduje profilaktykę ukierunkowaną na jednostki (lub grupy) wysokiego ryzyka, z widocznymi wczesnymi symptomami związanymi z nadużywaniem alkoholu. • Organizacja wskazuje za zasadne nieograniczanie się jedynie do działań edukacyjnych, ale również uwzględnienie takich czynników jak: <ul style="list-style-type: none"> ○ dostępność alkoholu, ○ przestrzeganie zakazu sprzedaży alkoholu nieletnim, ○ szukanie rozwiązań problemów dla różnych grup wiekowych z naciskiem na budowanie normy dla abstynencji, ○ uczenie kontroli nad piciem w przypadku osób dorosłych. • Towarzystwo rekomenduje, aby programy edukacyjne były prowadzone przez wykwalifikowaną kadrę tj. certyfikowanego profilaktyka uzależnień.

⁹⁹ 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.

	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacja zaleca prowadzenie na terenie szkół i innych placówek oświatowych oraz opiekuńczo-wychowawczych programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży. • Zaleca się wprowadzenie działania profilaktyczne ukierunkowane na zwiększenie kompetencji wychowawczych wśród rodziców, a także wychowawców i nauczycieli pracujących z dziećmi i młodzieżą oraz przeciwdziałanie zachowaniom problemowym dzieci i młodzieży. • Niezalecane jest prowadzenie krótkich spotkań edukacyjnych nt. spożywania alkoholu, ponieważ nie rokują istotnych zmian w zachowaniu dzieci i młodzieży. • Organizacja zaleca, aby programy profilaktyczne były prowadzone przy współpracy z nauczycielem i rodzicem, gdyż ww. osoby są uznane za dobre źródło informacji i wzorzec wychowawczy. • Zaleca się organizowanie dla kadry szkoleniowej spotkań, narad roboczych i konferencji sprzyjających wymianie doświadczeń w zakresie pracy profilaktycznej z młodzieżą. • Zaleca się wdrażanie do podstawowej opieki zdrowotnej programów wczesnego rozpoznawania i krótkiej interwencji (WRKI) wobec osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie. • Należy zapewnić finansowanie szkoleń dla personelu medycznego w obszarze WRKI w tym materiałów edukacyjnych. • Należy wprowadzić programy edukacyjne dla przedstawicieli samorządów lokalnych, stowarzyszeń abstynenckich oraz członków gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. • Wskazano, iż kraje, które wprowadziły całkowity zakaz reklam napojów alkoholowych odnotowały spadek liczby ofiar śmiertelnych wypadków samochodowych z powodu nadużycia alkoholu.
Rekomendacje zagraniczne	
<p>US Preventive Services Task Force – USPSTF 2020a¹⁰⁰</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizacja podkreśla, że obecne dowody nie pozwalają jednoznacznie stwierdzić szkód i benefitów związanych z prowadzeniem interwencji w postaci konsultacji nacelowanych na profilaktykę uzależnień od nielegalnych narkotyków, wliczając w to niewłaściwe stosowanie leków na receptę w populacji dzieci, młodzieży i młodych dorosłych (GRADE I). • Organizacja stwierdza, że w ramach profilaktyki uzależnienia od narkotyków możliwe jest stosowanie szkoleń z tego zakresu. • U osób, u których nie stwierdza się obecności uzależnienia od narkotyków należy prowadzić edukację wspierającą utrzymanie abstynencji. • Organizacja zaleca prowadzenie działań edukacyjnych z zakresu czynników ryzyka i skutków zdrowotnych ww. uzależnień. • Zaleca się aby lekarze i specjaliści pozostali wyczuleni na objawy związane z obecnością uzależnienia od narkotyków i powinni, jeśli jest to możliwe zaoferować leczenie.
<p>US Preventive Services</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p>

¹⁰⁰ 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. *Jama*, 323(20), 2060-2066.

<p>Task Force – USPSTF 2020b¹⁰¹</p>	<p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizacja zaleca prowadzenie działań przesiewowych wśród osób powyżej 18 r.ż. Działania te powinny opierać na zapytaniu tych osób o korzystanie z narkotyków. Badania przesiewowe powinny być prowadzone jedynie w przypadku gdy możliwe jest prowadzenie przez ośrodek odpowiedniej diagnostyki, efektywnego leczenia oraz możliwe jest zaoferowanie uzależnionym odpowiedniej opieki (GRADE B). • Organizacja podkreśla jednak, że brak jest obecnie jednoznacznych dowodów by jednoznacznie stwierdzić benefity i szkody wynikające z prowadzonych działań przesiewowych (GRADE I). • W ramach prowadzonych działań przesiewowych zaleca się stosowanie wystandaryzowanych narzędzi. W efekcie możliwe jest zastosowanie takich narzędzi jak: <ul style="list-style-type: none"> ○ narzędzie szybkiej oceny uzależnienia np. Szybki kwestionariusz NIDA (<i>National Institute on Drug Abuse</i>), który zadaje 4 podstawowe pytania na temat nadmiernego korzystania z alkoholu, tytoniu lub niezalecanych przez lekarza substancji. Narzędzia te mogą być bardziej użyteczne w środowiskach, w których problem uzależnień jest znaczący, ○ narzędzie powolnej oceny (np. 8-punktowego kwestionariusza ASSIST (<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>), oceniających ryzyko zdrowotne z związane z nadużywaniem narkotyków, ○ narzędzie PRO (<i>Prenatal Risk Overview</i>), oceniające ryzyko uzależnienia u osób w ciąży. • USPSTF stwierdza także zasadność prowadzenia niektórych interwencji zalecanych w ramach innych rekomendacji. Takie działania jak konsultacje specjalistyczne, edukacja czy interwencja antynikotynowa powinna w szczególności obejmować osoby z grup szczególnego ryzyka m.in. kobiety w ciąży, dzieci oraz nastolatków.
<p>US Preventive Services Task Force – USPSTF 2020c¹⁰²</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizacja zaleca, aby w ramach działań profilaktycznych nakierowanych na ograniczenie lub całkowite zaprzestanie palenia, lekarz prowadził z pacjentem konsultacje oraz edukował go na temat palenia tytoniu. Celem tych działań powinno być przede wszystkim zapobiegnięcie wykształceniu się palenia tytoniu wśród dzieci oraz osób w wieku szkolnym (GRADE B). • Proponowane działania powinny obejmować przede wszystkim dzieci i młodzież poniżej 18 r.ż. Istotną rolę w prewencji uzależnień od tytoniu powinno stanowić utrwalanie w populacji dzieci i młodzieży pozytywnych zachowań prozdrowotnych. • Organizacja podkreśla jednak, że brak jest obecnie jednoznacznych dowodów by jednoznacznie stwierdzić benefity i szkody wynikające z zalecanych działań (GRADE I). • Edukacja w powinna uwzględniać inne formy palenia jak cygara, zażywanie tabaki lub e-papierosy. • W momencie stwierdzenia, że osoba nie korzysta z wyrobów tytoniowych należy wdrożyć konsultacje i porady mające na celu utrwalenie prozdrowotnych wzorców. Konsultacje te powinny opierać się na powstrzymaniu tych osób od rozpoczęcia palenia tytoniu. Konsultacje mogą

¹⁰¹ 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. *Jama*, 323(22), 2301-2309.

¹⁰² 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. *Jama*, 323(16), 1590-1598.

	<p>być prowadzone przy pomocy techniki <i>face-to-face</i>, telefonicznie, w formie drukowanej lub komputerowo.</p> <ul style="list-style-type: none"> W przypadku osób, u których stwierdza się użytkowanie wyrobów tytoniowych, nie jest możliwe zalecenie określonej ścieżki postępowania. Odnalezione dowody nie są wystarczające by określić korzyści płynące z prowadzenia działań edukacyjnych w tym zakresie.
<p>The Royal Australian College of General Practitioners - RACGP 2019¹⁰³</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wszystkie osoby palące powinny otrzymać zalecenie rzucenia palenia i innych wyrobów tytoniowych od lekarza (silna rekomendacja). Organizacja zaleca aby w ramach działań profilaktycznych prowadzić działania nakierowane na identyfikację osób palących. Należy także udokumentować ten fakt w dokumentacji medycznej i prowadzić stałą kontrolę stanu zdrowia (silna rekomendacja). Osobom palącym należy zaoferować program nacelowany na ograniczenie palenia tytoniu oraz należy skierować je na konsultacje i spotkania (silna rekomendacja). Osoby decydujące się rzucić palenie powinny pozostawać pod obserwacją lekarza (silna rekomendacja). W zależności od potrzeb, osoby palące powinny otrzymać możliwość telefonicznych konsultacji i edukacji (silna rekomendacja).
<p>US Preventive Services Task Force - USPSTF 2018¹⁰⁴</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> Organizacja podkreśla, że dowody naukowe są nie wystarczające, aby określić korzyści i szkody płynące z badań przesiewowych pod kątem skutków zdrowotnych picia alkoholu w podstawowej opiece medycznej wśród młodzieży w wieku 12-17 lat (GRADE I). Towarzystwo wskazuje na zasadność stosowania poradnictwa behawioralnego dla kobiet w ciąży oraz osób dorosłych, które jest ukierunkowane na skutki picia alkoholu (GRADE B). Organizacja wskazuje możliwość realizacji krótkich badań przesiewowych takich jak test AUDIT-C (<i>The Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption</i>), który cechuje się zadowalającą dokładnością w wykrywaniu osób spożywających alkohol powyżej 18 r. ż. Narzędzie to opiera się na wywiadzie składającym się z określonych pytań: <ol style="list-style-type: none"> Jak często pije Pan/i napoje zawierające alkohol? <ul style="list-style-type: none"> Nigdy (0 pkt.) 1 raz w miesiącu lub rzadziej (1 pkt.) 2-4 razy w miesiącu (2 pkt.) 2-3 razy w tygodniu (3 pkt.)

¹⁰³ Zwar, N., Richmond, R., Borland, R., Peters, M., Litt, J., Bell, J., ... & Ferretter, I. (2011). Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. *Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners.*

¹⁰⁴US 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. JAMA.* 2018;320(18):1899-1909

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 4 lub więcej razy w tygodniu (4 pkt.) <p>2. Ile porcji alkoholu (1 porcja to ok.10 g. 100% alkoholu) wypija Pan/i przeciętnie w okresie, kiedy Pan/i pije alkohol?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 1-2 (0 pkt.) ○ 3-4 (1 pkt.) ○ 5-6 (2 pkt.) ○ 7-9 (3 pkt.) ○ 10 lub więcej (4 pkt.) <p>3. Jak często wypija Pan/i sześć albo więcej porcji przy jednej okazji?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nigdy (0 pkt.) ○ Rzadziej niż raz w miesiącu (1 pkt.) ○ Raz w miesiącu (2 pkt.) ○ Raz w tygodniu (3 pkt.) ○ Codziennie lub prawie codziennie (4 pkt.) <ul style="list-style-type: none"> • Norma dla kobiet wynosi do 2-3 pkt, a dla mężczyzn 4 pkt. lub poniżej. Przekroczenie tych wartości może świadczyć o istnieniu problemu alkoholowego (picie szkodliwe lub uzależnienie). • Kolejnym badaniem przesiewowym, które jest zalecane przez towarzystwo to SASQ (ang. <i>Single Alcohol Screening Question</i>). Polegające na wywiadzie składających się z pytania : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ile razy dziennie piłeś/aś (5x dla mężczyzn, 4x dla kobiet i osób 65+) napoje alkoholowe w ciągu ostatniego roku? • Przed wdrożeniem badania przesiewowego lekarz powinien wykonać pełną diagnozę pacjenta.
<p>European Network for Smoking and Tobacco Prevention- ENSP 2018¹⁰⁵</p>	<p>Metodologia: Przegląd literatury.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zaleca się aby każdy lekarz dokonywał klasyfikacji historii palenia. Klasyfikacja ta obejmuje 4 stany palenia: <ul style="list-style-type: none"> ○ niepalący – osoba która nie wypaliła w swoim życiu więcej niż 100 papierosów (lub 100 porcji tytoniu w przypadku korzystania z fajek, cygar lub innych produktów tytoniopochodnych), ○ codzienni palacze – osoby palące tytoń między codziennymi aktywnościami przez co najmniej trzy miesiące, ○ okazjonalni palacze – osoby palące tytoń jedynie w konkretnych przypadkach,

¹⁰⁵ European Network for Smoking and Tobacco Prevention (2018). 2018 Guidelines for treating tobacco dependence. Pozyskano z: http://elearning-ensp.eu/pluginfile.php/1052/mod_resource/content/2/guidelines_2018_english.pdf Dostęp z: 16.06.2020.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ byli palacze – osoby które zaprzestały palenia w przeciągu ostatnich 6 miesięcy (Poziom dowodów: C). • W celu osiągnięcia jak najwyższych wskaźników ograniczenia palenia, każdy palacz powinien zostać poddany badaniom na obecność chorób tytonio-zależnych podczas każdej wizyty lekarskiej. Zgodnie z rekomendacją najlepszym momentem na prowadzenie tych działań są realizowane przez pacjentów okresowe wizyty u lekarzy rodzinnych. Niezależnie od posiadanej specjalizacji, każdy lekarz powinien dokonać identyfikacji pacjenta użytkującego wyroby tytoniowe oraz wdrożyć działania nakierowane na ograniczenie palenia (Poziom dowodów: A). • Każdy pacjent powinien zostać poddany działaniom nakierowanym na oszacowanie stopnia i historii uzależnienia od wyrobów tytoniowych. Możliwe jest to poprzez zastosowanie takich wskaźników jak; <ul style="list-style-type: none"> ○ liczba papierosów wypalanych każdego dnia, ○ liczba paczkołat (Poziom dowodów: A). • Należy dokonać oszacowania stopnia uzależnienia od tytoniu. Możliwe jest to do osiągnięcia poprzez zastosowanie kryteriów WHO. W celu stwierdzenia silnego uzależnienia należy spełnić przynajmniej 3 z 7 warunków, które obejmują: <ul style="list-style-type: none"> ○ silną potrzebę palenia, ○ trudność w kontrolowaniu ilości wypalanych papierosów, ○ obecność objawów związanych z nagłym zaprzestaniem lub ograniczeniem palenia, ○ dalsze korzystanie z produktów zawierających tytoń pomimo świadomości szkodliwości używki, ○ stawianie palenia tytoniu ponad pozostałe aktywności, ○ wysoką tolerancję, ○ obecność zespołu odstawienia. • W ramach określania stopnia uzależnienia od tytoniu możliwe jest także stosowanie testu Fagerström'a. • W ramach prowadzenia działań nakierowanych na ograniczenie palenia tytoniu, lekarz powinien zapytać pacjenta o: <ul style="list-style-type: none"> ○ liczbę dotychczasowych prób zaprzestania palenia tytoniu, ○ najdłuższy czas trwania abstynencji, ○ poprzednie próby leczenia lub rozważane ścieżki leczenia uzależnienia, ○ obecność w przeszłości objawów związanych z zespołem odstawienia, ○ obecność czynników ryzyka prowadzących do nawrotu nałogu, ○ obecność pozytywnych zmian związanych z prowadzonymi próbami ograniczenia palenia. • Organizacja zaleca, aby w ramach działań nacelowanych na ograniczenie palenia tytoniu, lekarz dokonywał oszacowania skłonności do ograniczenia lub zaprzestania palenia tytoniu. W zależności od cech i sytuacji pacjentów możliwe jest stosowanie różnych metod w tym zakresie (Poziom dowodów: A). • Organizacja wielokrotnie podkreśla, że prawidłowa ścieżka do całkowitego zaprzestania palenia tytoniu powinna obejmować takie interwencje jak edukację, wsparcie behawioralne oraz, jeśli jest to konieczne, farmakoterapię.
--	---

- W ramach edukacji pacjentów należy podejmować takie kwestie jak:
 - mechanizmy działania uzależnienia od tytoniu,
 - przyczyny potrzeby ciągłego palenia tytoniu w populacji,
 - skutki zdrowotne związane z paleniem tytoniu,
 - korzyści wynikające z procesu ograniczania palenia tytoniu,
 - dostępne ścieżki w zakresie ograniczania palenia tytoniu,
 - sposoby zapobiegania przewlekłemu uzależnieniu tytoniu oraz nawrotom nałogu,
 - dostępne narzędzia dla palaczy w celu ograniczenia palenia tytoniu.
- W ramach planowanych działań z zakresu wsparcia behawioralnego należy poruszyć z pacjentem takie kwestie jak:
 - behawioralne przyczyny wykształcenia się nałogu palenia tytoniu,
 - podnoszenie motywacji do rzucenia palenia oraz obniżenie strachu związanego z zaprzestaniem palenia i stania się byłym palaczem,
 - sposoby radzenia sobie z własnymi emocjami (Poziom dowodów: A).
- Istotnym elementem prowadzenia działań nakierowanych na ograniczenie przez pacjenta palenia tytoniu powinno być także dostosowanie działań utrwalających z uwagi na ryzyko wystąpienia nawrotu choroby.
- Każdy lekarz powinien zalecać swoim pacjentom zaprzestanie lub przynajmniej ograniczenie palenia tytoniu. Takie działanie posiada udowodnioną skuteczność w podnoszeniu liczby prób rzucenia palenia oraz podniesienia liczby osób decydujących się na abstynencję (Poziom dowodów: A).
- Ww. interwencja polegająca na zaleceniu przez lekarza zaprzestania palenia tytoniu (interwencja może trwać nawet krócej niż 5 minut) wpływa pozytywnie na prawdopodobieństwo podjęcia próby rzucenia palenia tytoniu (Poziom dowodów: A).
- Lekarz powinien wspierać swojego pacjenta w dążeniu do abstynencji nikotynowej (Poziom dowodów: B).
- Zaleca się aby każdy lekarz oraz pielęgniarka zostali przeszkoleni w zakresie świadczenia minimalnej interwencji antynikotynowej oraz powinni być przygotowani na wspieranie pacjenta w podjętej próbie rzucenia palenia (Poziom dowodów: A).
- Palacze którzy nie mogą rzucić palenia z przyczyn osobniczych (brak samozaparcia, brak przekonania w prowadzeniu tych działań), powinni zostać poddani specjalistycznemu leczeniu. Proponowane postępowanie nie należy obecnie do standardu ale wszelkie programy zdrowotne nakierowane na ograniczenie palenia powinny uwzględniać drugą linię leczenia z użyciem farmakoterapii (Poziom dowodów: C).
- Działania uwzględnione w rekomendacji powinny także uwzględniać kobiety w ciąży i powinny być świadczone przez przeszkolone w tym zakresie pielęgniarki, położne i ginekologów (Poziom dowodów: A).
- Zaleca się aby w ramach działań profilaktycznych lekarze stosowali u pacjentów interwencję antynikotynową. W ramach tych działań możliwe jest zastosowanie strategii 5A obejmującej serię pytań, w poczet których wchodzi:
 - pytanie pacjentów o obecną historię palenia tytoniu,
 - zalecenie pacjentowi rzucenia palenia,
 - oszacowanie przez lekarza skłonności do rzucenia palenia tytoniu,

	<ul style="list-style-type: none"> ○ udzielenie przez lekarza wsparcia przy próbie rzucenia palenia, włączając w to konsultacje i wsparcie behawioralne oraz, jeśli to konieczne przepisanie środków farmakologicznych ○ dalsze wspieranie i obserwowanie pacjenta. ● W ramach działań profilaktycznych należy oszacować u pacjenta gotowość do rzucenia palenia (Poziom dowodów: C). ● Organizacja zaleca aby w ramach prowadzonych działań profilaktycznych prowadzić także terapię behawioralno-poznawczą (CBT). Powinna być ona uwzględniona we wszelkich planowanych działaniach z uwagi na skuteczność tej metody w podnoszeniu prawdopodobieństwa powodzenia próby zaprzestania palenia (Poziom dowodów: B). ● Prowadzenie terapii behawioralno-poznawczej powinno opierać się na dwóch filarach: <ul style="list-style-type: none"> ○ udzielenie pacjentom konsultacji w zakresie problemu zdrowotnego i umiejętności niezbędnych do jego rozwiązania, ○ udzielenie wsparcia dla osób decydujących się podjąć próbę ograniczenia palenia (Poziom dowodów: B). ● Konsultacje mogą być prowadzone w formie indywidualnie, grupowej oraz telefonicznej (Poziom dowodów: A). Konsultacje te powinny zostać przeprowadzone przynajmniej dwukrotnie w celu utrwalenia otrzymanych informacji (Poziom dowodów: B). ● Zaleca się aby w prowadzonych działaniach uwzględnić również osoby poniżej 18 r.ż. Lekarz powinien dążyć do edukowania młodzieży w celu uniknięcia wykształcenia się nałogu palenia (Poziom dowodów: C). 															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Oznaczenie</th> <th>Jakość dowodów</th> <th>Opis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Wysoka</td> <td>Dalsze badania mogą niewiele się różnić od obecnych przez co autorzy są pewni swego stanowiska. Kilka badań o wysokiej jakości wskazują na zasadność prowadzenia danych działań. W szczególnych przypadkach opracowane na podstawie jednego dużego wielośrodkowego badania klinicznego o wysokiej jakości.</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Umiarkowania</td> <td>Dalsze badania mogą odbiegać od obecnych założeń przez co mogą mieć wpływ na obecnie postawione stanowisko. Opracowane na podstawie jednego badania o wysokiej jakości lub kilku mniejszych z pewnymi ograniczeniami.</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Niska</td> <td>Dalsze badania mogą mieć znaczący wpływ na obecne stanowisko przez co konieczna może być korekta obecnych rekomendacji. Wniosek opracowany w oparciu o jedno lub wiele badań z kilkoma ograniczeniami.</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>Bardzo niska</td> <td>Wnioskowanie jest obarczone pewnym stopniem niepewności. Rekomendacja oparta jest o opinie eksperta, jedno lub więcej badań z wieloma ograniczeniami lub brak jest dowodów na jednoznaczne potwierdzenie zasadności prowadzenia działań.</td> </tr> </tbody> </table>	Oznaczenie	Jakość dowodów	Opis	A	Wysoka	Dalsze badania mogą niewiele się różnić od obecnych przez co autorzy są pewni swego stanowiska. Kilka badań o wysokiej jakości wskazują na zasadność prowadzenia danych działań. W szczególnych przypadkach opracowane na podstawie jednego dużego wielośrodkowego badania klinicznego o wysokiej jakości.	B	Umiarkowania	Dalsze badania mogą odbiegać od obecnych założeń przez co mogą mieć wpływ na obecnie postawione stanowisko. Opracowane na podstawie jednego badania o wysokiej jakości lub kilku mniejszych z pewnymi ograniczeniami.	C	Niska	Dalsze badania mogą mieć znaczący wpływ na obecne stanowisko przez co konieczna może być korekta obecnych rekomendacji. Wniosek opracowany w oparciu o jedno lub wiele badań z kilkoma ograniczeniami.	D	Bardzo niska	Wnioskowanie jest obarczone pewnym stopniem niepewności. Rekomendacja oparta jest o opinie eksperta, jedno lub więcej badań z wieloma ograniczeniami lub brak jest dowodów na jednoznaczne potwierdzenie zasadności prowadzenia działań.
Oznaczenie	Jakość dowodów	Opis														
A	Wysoka	Dalsze badania mogą niewiele się różnić od obecnych przez co autorzy są pewni swego stanowiska. Kilka badań o wysokiej jakości wskazują na zasadność prowadzenia danych działań. W szczególnych przypadkach opracowane na podstawie jednego dużego wielośrodkowego badania klinicznego o wysokiej jakości.														
B	Umiarkowania	Dalsze badania mogą odbiegać od obecnych założeń przez co mogą mieć wpływ na obecnie postawione stanowisko. Opracowane na podstawie jednego badania o wysokiej jakości lub kilku mniejszych z pewnymi ograniczeniami.														
C	Niska	Dalsze badania mogą mieć znaczący wpływ na obecne stanowisko przez co konieczna może być korekta obecnych rekomendacji. Wniosek opracowany w oparciu o jedno lub wiele badań z kilkoma ograniczeniami.														
D	Bardzo niska	Wnioskowanie jest obarczone pewnym stopniem niepewności. Rekomendacja oparta jest o opinie eksperta, jedno lub więcej badań z wieloma ograniczeniami lub brak jest dowodów na jednoznaczne potwierdzenie zasadności prowadzenia działań.														
<p>American Academy of Family Physicians– AAFP 2018¹⁰⁶</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p>															

¹⁰⁶ Klega, A. E., & Keehbauch, J. T. (2018). Stimulant and designer drug use: primary care management. *American family physician*, 98(2), 85-92.

	<ul style="list-style-type: none"> • Zaleca się aby lekarz prowadził działania przesiewowe nacelowane na nielegalne narkotyki z uwagi na wysokie prawdopodobieństwo wykształcenia się uzależnienia od tych substancji (jakość dowodów: C). • W ramach leczenia uzależnienia od narkotyków należy zastosować terapię behawioralno-poznawczą.
<p>National Institute for Health and Care Excellence – NICE 2018¹⁰⁷</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizacja zaleca prowadzenie ogólnych kampanii mających na celu ograniczenie lub całkowite zaprzestanie palenia tytoniu w populacji. Należy mieć jednak na uwadze aby proces ten był oparty o obowiązujące przepisy prawa i były dostosowane do docelowej populacji. • Organizacja określa populacje wysokiego ryzyka wystąpienia uzależnienia od tytoniu oraz populacje szczególnie narażone na skutki zdrowotne palenia tytoniu, do której zaliczają się: <ul style="list-style-type: none"> ○ osoby ze stwierdzonymi dolegliwościami psychicznymi , wliczając to również osoby z zaburzeniami psychicznymi, ○ osoby nadużywające różne substancje, ○ osoby ze stanami zdrowotnymi spowodowanymi lub pogarszającymi się przez palenie tytoniu, ○ osoby z chorobami tytoniozależnymi, ○ osoby należące do populacji o wysokiej częstotliwości zachorowań związanych z paleniem tytoniu lub o szczególnie wysokiej podatności na szkody nim wywołane, ○ społeczności w których występuje duże rozpowszechnienie nawyku palenia tytoniu, ○ osoby w zakładach zamkniętych, ○ osoby żyjące w uboższych warunkach, ○ kobiety w ciąży. • Organizacja zaleca monitorowanie stanów zdrowia osób palących i kształtować lokalną politykę nastawioną na ograniczenie liczby palaczy. • Organizacja zwraca uwagę że proces ograniczania lub całkowitego rzucenia palenia może być prowadzony przy użyciu: <ul style="list-style-type: none"> ○ wsparcia behawioralnego, ○ leczenia farmakologicznego, ○ stosowania środków nikotynozastępczych, ○ porad zachęcających. • Przy każdej sposobności lekarz powinien zidentyfikować osobę palącą a następnie doradzić jej podjęcie próby rzucenia nałogu. Dotyczy to w szczególności osób, które niebawem mają zostać poddane zabiegom chirurgicznym. • W ramach zachęcenia do rzucenia palenia lekarz powinien przekazać pacjentowi wszelkie informacje dotyczące wsparcia w zamierzonych

¹⁰⁷ Linden, B. (2018). Stop smoking interventions and services: 2018 NICE guideline. *British Journal of Cardiac Nursing*, 14(3), 139-141.

	<p>działaniach. Możliwe jest także zalecenie korzystania z produktów tytoniozastępczych w celu zminimalizowania skutków rezygnacji ze stosowania używki.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Działaniami tymi należy objąć również użytkowników e-papierosów. Szczególny nacisk w tym przypadku należy położyć na proces edukacji, w którym to należy uświadomić pacjenta że pomimo braku części substancji szkodliwych korzystanie z ww. urządzeń pozostaje formą palenia tytoniu i niesie za sobą konkretne skutki zdrowotne. • Osoby wymagające wsparcia w procesie porzucenia nałogu powinny zostać oddelegowane do ośrodków specjalizujących się w tym problemie. Istotna jest także komunikacja z pacjentem w celu określenia ścieżki w jaki sposób pragnie on rzucić palenie. Należy rozważyć także zastosowanie farmakoterapii. • W przypadku, gdy osoba paląca nie jest gotowa do podjęcia próby rzucenia palenia tytoniu należy: <ul style="list-style-type: none"> ○ upewnić się, że osoba rozumie iż zaprzestanie lub ograniczenie palenia tytoniu skutkuje obniżeniem ryzyka pojawienia się chorób i stanów związanych z paleniem tytoniu, ○ spytać czy wobec tego jest gotowa przynajmniej podjąć działania nacelowane na zredukowanie ryzyka zachorowania na choroby tytoniozależne, ○ zachęcić do szukania pomocy z porzuceniem nałogu w niedalekiej przyszłości, ○ odnotować fakt palenia tytoniu w dokumentacji i zachęcać do podjęcia próby rzucenia przy każdej okazji, z zachowaniem ostrożności i neutralności przekazu z uwzględnieniem jej potrzeb. • W ramach planowania działań nakierowanych na ograniczenie palenia tytoniu należy rozważyć wprowadzenie szkoleń dla personelu medycznego doradzającego pacjentom rzucenie palenia tytoniu. W ramach szkoleń należy poruszyć takie kwestie jak: <ul style="list-style-type: none"> ○ właściwe sposoby komunikacji i sposoby zachęcania do rzucenia bez krytykowania palacza, ○ sposoby wspierania pacjentów decydujących się na rzucenie palenia oraz tych pozostających w abstynencji, ○ sposoby komunikacji z kobietami w ciąży i osobami z zaburzeniami psychicznymi, które są palaczami, ○ należy zachęcić lekarzy do prowadzenia dalszego poradnictwa w zakresie rzucenia palenia tytoniu. • Należy zwrócić uwagę na prowadzenie działań w zakładach pracy i wprowadzić obostrzenia dotyczące tytoniu. Należy również wyznaczyć strefy wolne od palenia tytoniu.
<p>European Addiction Research - EAR2017¹⁰⁸</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Towarzystwo wskazuje na zasadność stosowanie badań przesiewowych u osób w wieku 14-70 lat. • Zaleca się badanie przesiewowe w formie wywiadu. Do kwalifikacji osób uzależnionych od alkoholu tzw. test AUDIT (ang. <i>The Alcohol Use Disorders Identification Test</i>). Pozwalającego na m.in., na ocenę poziomu zaawansowania alkoholizmu (GRADE A). • Jako wskaźnik oceny poziomu spożycia alkoholu, organizacja wskazuje na:

¹⁰⁸ European Addiction Research (2017). German Guidelines on Screening, Diagnosis and Treatment of Alcohol Use Disorders. Eur Addict Res 2017;23:45–60, 2017 S. Karger AG, Basel

	<ul style="list-style-type: none"> ○ badanie wydechowe, wskazujące poziom etanolu w powietrzu wydychanym, ○ badanie oceniające wskaźnik zawartości glukuronid etylu (EtG) w krwi, ○ badanie obecność siarczanu etylu w moczu, ○ w ciężkich przypadkach alkoholizmu lekarze pierwszego kontaktu kierują pacjenta do szpitala na oddział intensywnej terapii (GRADE A). • Aby potwierdzić przewlekłe spożywanie alkoholu zalecane jest badanie: <ul style="list-style-type: none"> ○ wskaźnika transferyny z niedoborem węglowodanów, ○ wskaźnik antilla, ○ poziom gamma-glutamylotransferazy (GGT) (GRADE A). • Jako wskaźniki przewlekłego spożywania alkoholu należy zastosować odpowiednie markery (EtG we włosach i fosfatydyloetanol we krwi) (GRADE B). • Jeśli test AUDIT (ang. The Alcohol Use Disorders Identification Test) jest zbyt skomplikowany jako badanie przesiewowe należy użyć testu AUDIT-C(ang. <i>The Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption</i>) (GRADE D). • Testy AUDIT lub AUDIT-C powinny być oferowane wszystkim pacjentom, na zasadach badania przesiewowego (GRADE D). • U pacjentów z chorobami somatycznymi związanymi z alkoholem należy przeprowadzić diagnostykę możliwych chorób wątroby związanych ze spożyciem alkoholem (GRADE B). • Pacjenci ze zdiagnozowanymi chorobami wątroby powinni zostać zbadani pod kątem zaburzeń związanych z alkoholem (GRADE D). • Organizacja wskazuje, aby zalecić pacjentowi powstrzymanie się od spożycia alkoholu, gdy występują u niego choroby wątroby wywołane nadużyciem (GRADE A). • W przypadkach przewlekłego zapalenia trzustki należy bezwzględnie unikać spożywania alkoholu (GRADE A). • Postępującą chorobę zwłóknienia wątroby należy przede wszystkim zbadać metodami nieinwazyjnymi (elastografia). W uzasadnionych przypadkach należy przeprowadzić biopsję wątroby (GRADE A). • Przy wystąpieniu zapalenia trzustki należy leczyć nie tylko zapalenie narządu i jego powikłania, ale także leżące u jego podstaw zaburzenie związane z alkoholem (GRADE D). • Organizacja zaleca, aby dla pacjentów z zaburzeniami spożywania alkoholu i jednoczesnym paleniem tytoniu zaoferować konsultację i wsparcie w odstąpieniu od nałogów (GRADE D). • Czas terapii wspierającej w zaprzestaniu palenia nikotyny u pacjentów z zaburzeniami spożywania alkoholu powinien być indywidualnie uzgadniany z pacjentami. W związku z tym w pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę na postępy w leczeniu uzależnienia od alkoholu (GRADE B). • Wywiad motywacyjny (MI ang. motivational interview) powinien być oferowany nastolatkom po zatruciu alkoholem w celu krótkiej interwencji antyalkoholowej. MI nie jest skuteczny w zakresie długoterminowego zmniejszenia spożycia alkoholu (GRADE A). • Terapia poznawczo-behawioralna jest oferowana w leczeniu dzieci i młodzieży w grupie wysokiego ryzyka w celu ograniczenia lub likwidacji uzależnienia od alkoholu (GRADE A). • Należy zastosować wielowymiarową terapię dla całej rodziny w leczeniu dzieci i młodzieży, na skutek której zostaną zredukowane
--	--

	<p>zaburzenia związanych ze spożywaniem alkoholu (GRADE B).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapie stacjonarne powinny być oferowane dzieciom i młodzieży z zespołem odstawienia alkoholu. Organizacja wskazuje na oferowanie wsparcia psychospołecznego (GRADE D). • Członkowie rodzin dzieci i młodzieży z zaburzeniami spożywania alkoholu również powinni być objęci leczeniem (GRADE A). • Warunki leczenia dzieci i młodzieży z zaburzeniami spożywania alkoholu należy dopasować w oparciu o odpowiedzi na następujące pytania: <ul style="list-style-type: none"> ○ jak silna jest potrzeba bezpiecznego środowiska? ○ jak silna jest motywacja nastolatka i jego rodziny do aktywnego uczestnictwa w leczeniu? ○ jak silna jest potrzeba struktury i wyraźnych granic? ○ czy są jakieś dodatkowe objawy medyczne lub psychiatryczne i związane z tym ryzyko? ○ czy dostępne są określone warunki leczenia dla nastolatków? ○ czy w przeszłości występowały niepowodzenia leczenia w mniej restrykcyjnych / intensywnych warunkach? (GRADE B). • Kobietom w ciąży z zaburzeniami spożywania alkoholu należy zaproponować interwencje psychoterapeutyczne (GRADE D). • Organizacja zaleca aby kobietom w ciąży, które są uzależnione od alkoholu oferować wsparcie psychospołeczne (GRADE D). • Kobietom ciężarnym z zaburzeniami spożywania alkoholu można zaoferować leczenie w miejscu otrzymywania świadczeń ginekologicznych i położniczych (GRADE C). • Towarzystwo rekomenduje, aby kobiety w ciąży uzależnione od alkoholu miały możliwość uzyskania dostępu do wizyty domowej świadczonej przez specjalistę w dziedzinie opieki społecznej i/lub opieki zdrowotnej (GRADE C). • Empirycznie metody leczenia młodych ludzi (psychoterapeutyczne, psychospołeczne i farmakoterapeutyczne) powinny być również oferowane osobom starszym z zaburzeniami spożywania alkoholu (GRADE C). • Aby rozpocząć planowanie i wdrażanie leczenia osób starszych uzależnionych od alkoholu należy wziąć pod uwagę towarzyszące zaburzenia psychiczne (GRADE C). • Osoby starsze z zaburzeniami spożywania alkoholu proszone są przez pracowników medycznych/ lekarzy o zmiany w zmniejszeniu spożycia lub całkowitego odstawienia alkoholu (GRADE C). • Skuteczność krótkich interwencji w zmniejszaniu spożycia alkoholu najlepiej wykazano u osób z grup wysokiego ryzyka (GRADE A). • Skuteczność krótkich interwencjach antyalkoholowych nie różnią się między kobietami, a mężczyznami. Dlatego powinny być oferowane bez względu na płeć (GRADE A). • Krótkie interwencje polegające na wywiadzie motywacyjnym, powinny być oferowane osobom powyżej 65 r.ż. w grupie wysokiego ryzyka oraz pacjentom z chorobami współistniejącymi, spowodowane nadużyciem alkoholu (GRADE C). • Towarzystwo wskazuje, aby w podstawowej opiece zdrowotnej oferowane były krótkie interwencje w celu ograniczenia problematycznego spożywania alkoholu (GRADE A). • Leczenie z detoksykacją fizyczną lub wykwalifikowanym leczeniem detoksykacyjnym powinno być oferowane w przypadku objawów związanych z odstawieniem alkoholu (GRADE A).
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Dla pacjentów z ryzykiem wystąpienia objawów odstawienia lub indywidualnym ryzykiem powikłań, takich jak drgawki lub majaczenia, należy przeprowadzić terapię odwykową (GRADE D). • Leczenie ukierunkowane na objawy odstawienia alkoholu powinny być oferowane zamiast stosowania stałego schematu dawkowania, pod warunkiem, że można zagwarantować ciągłą ocenę i kontrolę objawów. Natomiast personel medyczny powinien być odpowiednio przeszkolony w zakresie oceny i monitorowania odstawienia alkoholu (GRADE D). • Ambulatoryjną detoksykację alkoholową powinni zalecać wyłącznie lekarze posiadający wystarczającą wiedzę na temat detoksykacji z możliwością ciągłej kontroli klinicznej oraz z dostępnością do usług pogotowia (GRADE B). • Krótkie interwencje motywacyjne należy oferować jako część fazy leczenia przy zaawansowanym etapie choroby alkoholowej (GRADE A). • Organizacja wskazują za zasadne, aby wdrożyć terapię poznawczo-behawioralna jako etap leczenia stadiów zaawansowanych choroby alkoholowej (GRADE A). • Zalecana współpraca z krewnymi/rodziną pacjenta chorego jako część fazy leczenia przy stadiom zaawansowanej choroby (GRADE A). • Wskazano terapię dla par jako etap leczenia przy zaawansowanym stadium choroby (GRADE A). • Przy ostrej fazie choroby powinna być oferowana i nadzorowana krótkotrwała psychodynamiczna terapia jako część etapu leczenia (GRADE A).
<p>National Institute for Health and Care Excellence – NICE 2017¹⁰⁹</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizacja podkreśla, że zapobieganie narkomani powinno przede wszystkim dotyczyć osób przynależących do grup wysokiego ryzyka. Działania w tym zakresie powinny być prowadzone zarówno przez specjalistów z zakresu zdrowia publicznego jak i lekarzy oraz służby porządkowe. • W ramach profilaktyki narkomanii należy zapewnić szeroki wachlarz aktywności nacelowanych na ograniczenie nadużywania narkotyków. • Kluczowym elementem prowadzenia działań profilaktycznych w ww. zakresie jest dokonywanie określenie skłonności populacji do nadużywania narkotyków. Działania te mogą być prowadzone zarówno systematycznie jak i oportunistycznie w zależności od dostępności do tego świadczenia. Sprawdzenie ww. zależności może odbywać się podczas: <ul style="list-style-type: none"> ○ okresowych bilansów dla dzieci i młodzieży, w tym także badań okresowych i wstępnej oceny stanu zdrowia, ○ spotkań z lekarzem rodzinnym, pielęgniarką, higienistką szkolną lub wizytatora zdrowotnego, ○ obecności pacjenta na oddziałach ratunkowych i interwencyjnych ○ kontaktu ze służbami porządkowymi. • Należy przeprowadzić wywiad w celu określenia czynników osobniczych sprzyjających rozwojowi narkomanii ze szczególnym uwzględnieniem wieku i stanu psychofizycznego. Kwestie podejmowane w wywiadzie powinny dotyczyć: <ul style="list-style-type: none"> ○ zdrowia psychicznego i fizycznego oraz wszelkich cech osobniczych, społecznych, edukacyjnych lub warunków zatrudnienia,

¹⁰⁹ National Institute for Health and Care Excellence (2017). Drug misuse prevention: targeted interventions. Pozyskano z: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng64>, Dostęp z:17.06.2020

	<ul style="list-style-type: none"> ○ jakichkolwiek zażywanych narkotyków. • Organizacja bierze pod uwagę możliwość prowadzenia szkoleń w populacji dzieci i młodzieży. Podczas szkoleń tych należy mieć na uwadze dokładność oraz jakość działań informacyjno-edukacyjnych. W tym przypadku możliwe jest również przeprowadzenie szkoleń o podobnej tematyce wśród bliskich i rodziny uczestniczących dzieci i młodzieży. • Jakiegokolwiek działania szkoleniowe w tym zakresie powinny być prowadzone w zgodzie z określonymi warunkami: <ul style="list-style-type: none"> ○ szkolenia powinny być zgodne z obowiązującymi standardami i przepisami prawa, ○ szkolenia powinny mieć na uwadze podnoszenie odporności na używki przy jednoczesnej redukcji ryzyka narkomanii, ○ szkolenia powinny być prowadzone przez osoby kompetentne i obeznane w danym temacie. • W ramach szkoleń należy poruszać także kwestie społeczne jak umiejętność rozwiązywania konfliktów, asertywność czy odporności na krytykę. • W przypadku osób dorosłych u których stwierdza się ryzyko wystąpienia uzależnienia od narkotyków należy udzielić im informacji na temat: <ul style="list-style-type: none"> ○ narkotyków i ich wpływu na zdrowie i stan fizyczny organizmu, ○ udzielić wsparcie w przypadku już istniejącego zażywania narkotyków, ○ poinformować o lokalnych służbach i ośrodkach gdzie można otrzymać dalsze wsparcie. • W trakcie procesu edukacji należy zdefiniować wraz z pacjentem jego priorytety oraz określić jaki wpływ na nie będzie miało prowadzenie działań profilaktycznych uzależnienia od narkotyków.
<p>Australian Family Physician – AFP 2016¹¹⁰</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wskazano zasadność stosowania narzędzia przesiewowego, takiego jak AUDIT-C (ang. <i>The Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption</i>) polegającego na kwalifikacji pacjenta do grupy osób uzależnionych od alkoholu. • Brak wystarczających dowodów naukowych nt. skuteczności badania przesiewowego ASBI/SBI (ang. <i>Alcohol Screening and Brief Intervention</i>), charakteryzującego się wywiadem między personelem medycznym, a pacjentem. W skład rozmowy wchodzi następujące etapy: <ul style="list-style-type: none"> ○ Niskie ryzyko : <ul style="list-style-type: none"> ▪ pacjent jest abstynentem lub pił umiarkowanie i przestała pić alkohol, gdy dowiedziała się, o swojej chorobie: <ul style="list-style-type: none"> ➢ interwencja — krótka porada, przekazanie materiałów informacyjnych (czas: 1 min). ○ Średnie ryzyko : <ul style="list-style-type: none"> ▪ ryzykowny wzór picia w przeszłości, ewentualnie historia leczenia problemów alkoholowych, pacjent przestał pić dopiero w zaawansowanej chorobie lub pije nadal w ograniczonych ilościach:

1. ¹¹⁰ 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

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ krótka interwencja motywująca (maks. 15 min), ➤ częste wizyty kontrolne. ○ Wysokie ryzyko : <ul style="list-style-type: none"> ▪ pacjent spełnia kryteria diagnostyczne zaburzeń związanych ze stosowaniem substancji psychoaktywnych <ul style="list-style-type: none"> ➤ skierowanie do specjalisty (tak, aby ułatwić pacjentowi dotarcie do niego, np. poprzedzone telefonem lekarza do lekarza), ➤ częste wizyty kontrolne. • Towarzystwo wskazało na niską popularność badania ASBI/ SBI (ang. <i>Alcohol Screening and Brief Intervention</i>) wśród lekarzy POZ.
<p>National Institute for Health and Care Excellence - NICE 2015¹¹¹</p>	<p>Metodologia: Konsensus ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizacja zaleca prowadzenie działań profilaktycznych nacelowanych na powstrzymanie dzieci i młodzieży od rozpoczęcia palenia tytoniu poprzez wsparcie i udoskonalenie ich umiejętności społecznych oraz świadomości na temat presji wywieranej przez środowisko. Opisywany cel można osiągnąć między innymi poprzez prowadzenie szkoleń z zakresu: <ul style="list-style-type: none"> ○ rozwiązywania problemów i podejmowania decyzji, ○ umiejętności niezbędnych do nieuleganiu presji środowiska i mediów, ○ podnoszenia samokontroli i samooceny, ○ sposobów walki ze stresem, ○ ogólnych umiejętności psychospołecznych i asertywności. • Zaleca się aby szkoły i uczelnie wprowadziły całkowity zakaz palenia tytoniu na terenie ośrodków oświaty oraz usunęły wszelkie pomieszczenia pierwotnie zaprojektowane dla palaczy. • Organizacja podkreśla, że istotnym jest także podjęcie przez władze lokalne odpowiednich działań nakierowanych na ustanowienie obostrzeń dotyczących handlarzy, sprzedających wyroby tytoniowe osobom poniżej 18 r.ż. • Zaleca się także aby pracodawcy umożliwili swoim pracownikom udział w programach nakierowanych na ograniczenie lub całkowite zaprzestanie palenia tytoniu, podczas dnia pracy bez ryzyka utraty należnej pensji. • Należy również zalecić pracodawcom, aby wprowadzili w zakładach pracy zakaz palenia. Należy również wprowadzić zakaz palenia tytoniu w pobliżu zakładów pracy oraz przystąpić do procesu likwidacji pomieszczeń pierwotnie zaprojektowanych dla palaczy. • Należy zapewnić osobom decydującym się na próbę odstąpienia od nałogu dostęp do środków nikotynozastępczych, wsparcia psychologicznego oraz, jeśli jest to zasadne do farmakoterapii. Tyczy się to zarówno pacjentów jak i pracowników zakładów pracy. • Organizacja zaleca prowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnych nacelowanych na ograniczenie palenia tytoniu przy wykorzystaniu

¹¹¹ National Institute for Health and Care Excellence (2017). Smoking:reducing and preventing tobacco use. Pozyskano z: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs82>. Dostęp z:18.06.2020

	<p>dostępnych, lokalnych mediów.</p> <ul style="list-style-type: none"> Należy także skupić się na procesie likwidacji podaży, popytu i sprzedawców nielegalnych wyrobów tytoniowych.
<p>United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC 2015¹¹²</p>	<p>Metodologia: Konsensus ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> Organizacja podkreśla, że podstawowym celem wszelkich programów zakładających profilaktykę narkomanii powinno być powstrzymanie dzieci i młodzieży przed rozpoczęciem zażywania narkotyków. Dowody uwzględnione w publikacji wskazują, że istotniejszym aspektem profilaktyki od uzupełniania braków wiedzy na temat narkotyków i ich skutków, jest zidentyfikowanie osób u których stwierdza się środowiskowe predyspozycje do nałogu. Czynniki te obejmują: <ul style="list-style-type: none"> procesy biologiczne, cechy osobnicze, zaburzenia psychiczne, zaniedbania i przemoc ze strony rodziny, brak więzi ze społecznością szkolną , marginalizacja, sprzyjające normy społeczne i środowiskowe. Działaniami profilaktycznymi powinny zostać objęte również kobiety w ciąży. Należy mieć na uwadze fakt, że ciąża stanowi dla kobiety wymagający okres podczas którego dochodzi nie tylko do fizycznego ale także psychicznego wyczerpania, co może stanowić istotny czynnik wpływający na ryzyko wykształcenia u siebie uzależnienia od różnych substancji. W przypadku już rozwiniętego uzależnienia należy wdrożyć procesy lecznicze. Działania profilaktyczne skierowane do kobiet w ciąży powinny być prowadzone przez wykształcone w tym zakresie pielęgniarki lub pracowników socjalnych, na zasadzie regularnych wizyt domowych. Organizacja rekomenduje prowadzenie szkoleń dla rodziców z zakresu komunikacji i umiejętności psychospołecznych w celu poprawy opieki nad dziećmi. Zaznajomienie rodziców z treścią szkoleń prowadzi do obniżenia ryzyka wystąpienia uzależnień u dzieci i innych ryzykownych zachowań. Zaleca się przeprowadzenie przez nauczyciela lub inną odpowiednią osobę szkoleń dla dzieci. Szkolenia te powinny mieć na celu zapoznanie dzieci z umiejętnościami społecznymi. Programy w których uwzględniono te szkolenia powinny skupiać się na umiejętnościach psychospołecznych, ogólnym komforcie emocjonalnym oraz zna zaprezentowaniu ogólnie przyjętych standardów i zachowań społecznych. Szkolenia te nie powinny być ani za krótkie, ani za długie. Szkolenia z tego zakresu mogą być również prowadzone w populacji młodzieży, ich rodziców oraz młodych dorosłych. Wszelkie działania profilaktyczne w tym zakresie mogą zostać również rozszerzone o inne substancje psychoaktywne jak tytoń czy alkohol.

¹¹² United Nations Office on Drugs and Crime. (2015). International standards on drug use prevention.

<p>US Preventive Services Task Force – USPSTF 2015¹¹³</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizacja zaleca prowadzenie w populacji ogólnej działań profilaktycznych nacelowanych na ograniczenie palenia tytoniu. W zależności od populacji możliwe jest zastosowanie różnych dostosowanych interwencji. • W przypadku osób powyżej 18 r.ż., nie będących w ciąży, zaleca się zastosowanie farmakoterapii oraz interwencji behawioralnej w celu rzucenia lub ograniczenia palenia tytoniu (GRADE A). • W przypadku kobiet w ciąży powyżej 18 r.ż. zaleca się stosowanie wsparcia psychologicznego w celu ograniczenia lub rzucenia palenia (GRADE A). Nie zaleca się stosowania u nich farmakoterapii (GRADE I). • W celu oszacowania stopnia uzależnienia od tytoniu należy zastosować strategię 5A. Posłużyć ona może za wstęp do procesu ograniczenia nałogu i zachęcenia pacjenta do rozpoczęcia dyskusji w tym temacie. W tym zakresie należy: <ul style="list-style-type: none"> ○ zapytać o częstotliwość użytkowania tytoniu, ○ zalecić pacjentowi podjęcie próby rzucenia nałogu, ○ oszacować gotowość pacjenta do zaprzestania palenia i podjęcie próby rzucenia, ○ określić liczbę prób rzucenia pacjenta podjętych dotychczas, ○ prowadzić dalszą obserwację pacjenta. • Same interwencje behawioralne (w tym konsultacje oraz trepie behawioralno poznawcze) lub w połączeniu z farmakoterapią prowadzą do zwiększenia prawdopodobieństwa ograniczenia lub rzucenia palenia tytoniu. • Organizacja zaleca także prowadzenie w populacji dzieci i młodzieży działań edukacyjnych i konsultacji, których celem jest zmniejszenie ryzyka wystąpienia uzależnienia w tej populacji.
<p>Centers for Disease Control and Prevention and National Institute for Occupational Safety and Health – CDC/NIOSH 2015¹¹⁴</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny i konsensus ekspertów.</p> <p>Rekomendacja:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zaleca się, aby interwencje w zakresie pracy zakładały przynajmniej założenie i utrzymanie stanowisk pracy wolnych od dymu tytoniowego oraz ochronę pracowników niepalących przed biernym paleniem, emitowanymi przez e-papierosy substancjami oraz innymi urządzeniami mającymi na celu wydzielenie lub podgrzewanie nikotyny. • Organizacje stwierdzają, że idealnym rozwiązaniem jest nie tylko założenie stref wolnych od dymu tytoniowego, ale także wdrożenie pracowniczych programów służących wspieraniu osób podejmujące decyzje o zaprzestaniu lub ograniczeniu palenia tytoniu. • Strefy wolne od dymu tytoniowego powinny obejmować wszystkie pomieszczenia znajdujące się wewnątrz budynku, tereny znajdujące się

¹¹³ Siu, A. L. (2015). Behavioral and pharmacotherapy interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant women: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of internal medicine*, 163(8), 622-634.

¹¹⁴ 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.

	<p>bezpośrednio przy wyjściu z budynku, przy systemach wymiany powietrza oraz we wszystkich firmowych środkach transportu. Dodatkowo należy usunąć z tych miejsc wszelkie popielniczki i śmietniki przystosowane do przyjmowania odpadów z wypalonych papierosów.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rekomendacja wskazuje na optymalną ścieżkę działania polegającą na utworzeniu i zachowaniu stref wolnych od dymu tytoniowego, obejmujących cały teren zakładu pracy, gdzie nie dopuszcza się żadnego użytkowania produktów zawierających tytoń. • Podejmowane działania powinny być zgodne z obecnymi przepisami <i>Occupational Safety and Health Administration (OSHA)</i> i <i>Mine Safety and Health Administration (MSHA)</i> w zakresie ograniczenia lub zakazu palenia tytoniu, substancji do palenia i/lub użytkowania innych produktów zawierających tytoń w miejscu pracy charakteryzującym się obecnością materiałów łatwopalnych, materiałów wybuchowych bądź innych materiałów wydzielających toksyny. • Należy również dążyć do informowania pracowników na temat, związanych z użytkowaniem tytoniu, konsekwencji zdrowotnych oraz korzyści płynących z zaprzestania palenia. Te działania edukacyjne powinny objąć wszystkich stałych pracowników oraz inne osoby zatrudnione na podstawie innych umów (np. z udziałem edukatora zdrowotnego). • Zakres edukacyjny pracowników powinien obejmować: <ul style="list-style-type: none"> ○ informowanie pracowników na temat zagrożeń zdrowotnych płynących z palenia tytoniu i biernego palenia, ○ edukowanie pracowników, którzy pozostają w ekspozycji lub w prawdopodobnej ekspozycji na zagrożenia płynące z zajmowanego stanowiska. W szczególności należy informować o podwyższonym ryzyku wystąpienia urazów i efektów zdrowotnych związanych z paleniem tytoniu przy jednoczesnym narażeniu na czynniki ryzyka występujące w miejscu pracy. Dodatkowo w tym zakresie należy informować o działaniach pracodawcy w celu ograniczenia ryzyka i działaniach jakie może podjąć sam pracownik. • Zaleca się poinformowanie wszystkich pracowników na temat zapewnianych przez pracodawcę, bądź przez sektor publiczny, programów służących ograniczeniu palenia tytoniu: <ul style="list-style-type: none"> ○ w scenariuszu minimalistycznym, należy załączyć informacje na temat dostępności tych programów, możliwości w zakresie telefonicznych interwencji, interwencji opartych o internetowe programy ograniczania palenia. Należy też zapewnić materiały do samokształcenia oraz szczegółowe informacje na temat programów pomocowych prowadzonych przez pracodawcę oraz o dostępnych ubezpieczeniach zdrowotnych w tym zakresie, ○ należy spytać pracowników o indywidualne spożycie tytoniu, jako części wszelkich wewnętrznych szkoleń BHP oraz zachęcić do rzucenia palenia zgodnie z dostępnymi rekomendacjami i udowodnionymi naukowo metodami w tym zakresie. • Należy zaoferować i promować kompleksowe działania wspierające ograniczenie palenie tytoniu u pracowników obecnie palących, gdzie jest to konieczne zgodnie z ich potrzebami: <ul style="list-style-type: none"> ○ należy zapewnić programy wspierające ograniczenie palenia tytoniu w formie nieodpłatnej dla pracownika lub substytucyjne programy dla pracowników niższego szczebla mające na celu zwiększenie prawdopodobieństwa ich udziału w ww. programach, ○ jeśli zapewniane jest ubezpieczenie zdrowotne dla pracowników, to jego plany powinny uwzględniać ograniczanie palenia, włączając w to oparte o dowody naukowe podejścia w leczeniu uzależnienia od tytoniu, niezależnie od współpłacenia i innych barier finansowych. • W celu prowadzenia wszystkich wymienionych działań należy zapoznać się z dostępnymi rekomendacjami w zakresie ograniczenia palenia (np. „<i>Implementing a Tobacco-Free Campus Initiative in Your Workplace</i>” opracowanym przez CDC) oraz innymi wytycznymi opracowanymi przez organizacje rządowe. Wyszukiwanie i zapoznanie się z ww. dokumentami należy wykonać przed zaplanowaniem, wdrożeniem i implementacją rzeczonych strategii nakierowanych na ograniczenie palenia tytoniu.
<p>The Royal Australian College of General</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów.</p>

<p>Practitioners - RACGP 2014¹¹⁵</p>	<p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wszystkie osoby palące powinny otrzymać zalecenie rzucenia palenia i innych wyrobów tytoniowych od lekarza (GRADE A). • Organizacja zaleca, aby w ramach działań profilaktycznych prowadzić działania nakierowane na identyfikację osób palących. Należy także udokumentować ten fakt w dokumentacji medycznej i prowadzić stałą kontrolę stanu zdrowia (GRADE A). • Osobom palącym należy zaoferować program nacelowany na ograniczenie palenia tytoniu oraz należy skierować je na konsultacje i spotkania (GRADE A). • Osoby decydujące się rzucić palenie powinny pozostawać pod obserwacją lekarza celem oceny skuteczności podjętej próby zaprzestania palenia (GRADE A). • W zależności od potrzeb, osoby palące powinny otrzymać możliwość telefonicznych konsultacji i edukacji (GRADE A). • Rzucenie palenia tytoniu powinno być kluczowym elementem w przypadku osób cierpiących na choroby tytoni zależne (GRADE A). • Zaleca się wspieranie pacjenta w rzuceniu palenia poprzez ciągłe doradzanie mu podjęcia próby walki z nałogiem, przynajmniej od czasu do czasu podczas wizyty lekarskiej (GRADE B) . • Osoby, które decydują się podjąć próbę zaprzestania palenia tytoniu powinny uprzedzić o tym swoich bliskich i zakazać palenia w jej otoczeniu czy miejscu zamieszkania (GRADE C).
<p>Australian Family Physician - AFP 2014¹¹⁶</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny i konsensus ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Towarzystwo rekomenduje narzędzia przesiewowe jakimi są AUDIT-C/AUDIT (ang. <i>The Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption</i>), polegające na kwalifikacji pacjenta do grupy osób uzależnionych od alkoholu poprzez rozmowę ze specjalistą. • Organizacja wskazuje na skuteczność krótkiej interwencji antyalkoholowej (rozmowa motywacyjna specjalisty z pacjentem nt. ograniczenia alkoholu oraz skutków zdrowotnych wynikających z nadużycia alkoholu), trwającej maksymalnie 5 minut. • Wskazano szereg barier wynikających z krótkich interwencji antyalkoholowych. Należą do nich m.in.: <ul style="list-style-type: none"> ○ ograniczony dostęp do zasobów edukacyjnych, ○ duże obciążenie pracą lekarza POZ, ○ brak zaufania, ○ obawy pacjenta związane z niekomfortowym tematem rozmowy, ○ naruszenie życia prywatnego pacjenta, ○ bariery logistyczne,

¹¹⁵ Zwar, N., Richmond, R., & Borland, R. (2014). Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. The Royal Australian College of General Practitioners: Melbourne 2011.

¹¹⁶ Australian Family Physician (2014). Alcohol: prevention, policy and primary care responses. REPRINTED FROM AUSTRALIAN FAMILY PHYSICIAN VOL. 43, NO. 6, JUNE 2014

	<ul style="list-style-type: none"> ○ brak szkoleń lub niewystarczające szkolenia, które pozwolą na swobodne przeprowadzenie wywiadu lekarza POZ z pacjentem. • Zaleca się stosowanie 12-stopniowego programu opartego na grupach wsparcia tzw. Anonimowych Alkoholików. Często zalecana się je jako uzupełnienie leczenia klinicznego alkoholizmu. • Organizacja wskazuje, aby pacjent był kierowany nie tylko przez lekarza POZ, ale również grupę lekarzy tj. psychiatra czy lekarza specjalistę ds. uzależnień. • Lekarz POZ, odgrywa ważną rolę w rozpoczęciu leczenia pacjenta. • Dowody z badań wskazują, że ograniczenie godzin handlu, rynków zbytu oraz wzrost kosztów alkoholu są skuteczne w zmniejszeniu alkoholizmu wśród populacji. Jednak ze względów politycznych i ekonomicznych często ww. ograniczenia nie są włączane w życie społeczne. • Organizacja wskazuje na skuteczność programów promujących tzw. "okresy abstynencyjne" zmniejszające spożywanie alkoholu. Należą do nich m.in.: <i>FebFast lub Hello Sunday Morning</i>.
<p>American Academy of Family Physicians – AAFP 2013¹¹⁷</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny i konsensus ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizacja wskazuje na zasadne zapewnienie lekarzowi POZ praktycznych ram postępowania w przypadku zaburzeń związanych z używaniem substancji innych niż uzależnienie od alkoholu i nikotyn. • Rutynowe badanie obecności narkotyków w moczu, nie jest zalecane. • Wskazano badanie przesiewowe zalecane przez organizację, polegające na teście przesiewowym (10 pytań) i jest narzędziem samoopisowym, który dokładnie identyfikuje nadużywanie substancji i uzależnienie. Zawiera następujące pytania: <ol style="list-style-type: none"> 1. czy stosowałeś leki inne niż wymagane ze względów medycznych? 2. czy używasz więcej niż jednego leku na raz? 3. czy zawsze możesz zaprzestać używania narkotyków w dowolnym momencie? 4. czy kiedykolwiek miałeś przerwy w świadomości lub retrospekcje w wyniku używania narkotyków? 5. czy kiedykolwiek czujesz się źle lub czujesz się winny z powodu używania narkotyków? 6. czy Twój współmałżonek (lub rodzice) narzekają na Twoje uzależnienie? 7. czy zaniedbałeś swoją rodzinę z powodu używania narkotyków? 8. czy brałeś udział w nielegalnych działaniach mających na celu uzyskanie narkotyków? 9. czy kiedykolwiek wystąpiły u Ciebie objawy odstawienia (mdłości) narkotyków? 10. czy miałeś kiedykolwiek problemy medyczne w wyniku zażywania narkotyków (np. utrata pamięci, zapalenie wątroby, drgawki, krwawienie)? • Towarzystwo rekomenduje kryteria określające nadużywanie i uzależnienie od narkotyków i innych substancji, występowaniem z jednych

¹¹⁷ 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

	<p>objawów, bądź wielu w przeciągu 12 miesięcy:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ powtarzające się używanie substancji powodujących nie wykonywalność głównych obowiązków w pracy, szkole lub w domu (np. powtarzające się nieobecności lub słaba wydajność w pracy związana z używaniem substancji; nieobecności związane z substancjami, zawieszenia lub wydalenia ze szkoły; zaniedbanie dzieci lub gospodarstwo domowe), ○ systematyczne zażywanie substancji w sytuacjach, w których jest to fizycznie niebezpieczne (np. podczas prowadzenia samochodu lub obsługiwanie maszyny), ○ powtarzalność problemów prawnych związanych z posiadaniem substancjami (np. aresztowania), ○ dalsze używanie substancji, pomimo utrzymujących się lub nawracających problemów społecznych lub interpersonalnych spowodowanych lub zaostrzonych przez skutki substancji (np. kłótnie z małżonkiem o konsekwencje zatrucia, walki fizyczne). <ul style="list-style-type: none"> • Lekarz prowadzący pacjenta przez terapię odwykową, powinien charakteryzować się spokojem, zaufaniem, wyrozumiałością oraz empatią. Cechy te przyczyniają się do efektywnej pracy między pacjentem a lekarzem. • Zasadność kontrolowania i obserwacji pacjentów w ciągu od 4 do 6 tygodni po zidentyfikowaniu zażywania narkotyków lub substancji uzależniających. • Grupa zadaniowa ds. usług prewencyjnych w USA stwierdza, że nie ma wystarczających dowodów, aby zalecić badanie przesiewowe pod kątem użycia substancji inne niż alkohol i tytoń. Pacjenci stosujący substancje niebezpieczne mogą skorzystać z krótkiej porady lekarza pierwszego kontaktu (GRADE B). • Pacjenci z zaburzeniami używania substancji uzależniających powinni być rutynowo sprawdzani pod kątem przemocy ze strony partnerów (GRADE C). • Pacjenci z zaburzeniami zażywania substancji mogą skorzystać z identyfikacji i leczenia współistniejących zaburzeń psychicznych (GRADE A).
<p>World Health Organization - WHO 2012¹¹⁸</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizacja podkreśla skuteczność krótkiej interwencji antyalkoholowej, jaką jest rozmowa motywacyjna specjalisty z pacjentem nt. ograniczenia spożycia alkoholu oraz skutków zdrowotnych wynikających z jego nadużywania. • Wykazano skuteczność szkoleń dla personelu medycznego w zakresie badań przesiewowych i krótkich interwencji nacelowanych na problemy alkoholowe. • Zaleca się, aby w ramach poradnictwa i opieki prenatalnej dla kobiet w ciąży prowadzić warsztaty w zakresie spożywania alkoholu. Szkolenia te powinny w szczególności dotyczyć kobiet, u których stwierdza się problemy alkoholowe. • Organizacja wskazuje na edukację pacjenta jako skuteczną metodę profilaktyki uzależnień od alkoholu. Edukacja swoim zakresem powinna skupiać się na. skutkach zdrowotnych nadużywania i spożywania alkoholu przez dzieci. • Towarzystwo wykazuje zasadność programów profilaktycznych lub doradczych w miejscach pracy.

¹¹⁸ Moeller, L., Galea, G., & World Health Organization. (2012). *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

	<ul style="list-style-type: none"> • Zaleca się zaangażowanie reprezentantów pracodawców w działania zapobiegające szkodom związanym z alkoholem w miejscach pracy. • WHO wskazuje na zasadność stosowania testów na obecność alkoholu w miejscach pracy. • WHO zaznacza, że alkoholizm może doprowadzić do licznych problemów zdrowotnych, psychicznych i ekonomicznych m.in.: <ul style="list-style-type: none"> ○ przemocy interpersonalnej, ○ samobójstwa, zabójstwa, ○ śmierci z powodu przedawkowania, ○ gwałtu, ○ wystąpienia chorób przenoszonych drogą płciową i zakażeń wirusem HIV, ○ bezrobocia, ○ rozpadu rodziny, ○ w tym niskiej masy urodzeniowej, niedoborów poznawczych, zaburzeń alkoholowych płodu na skutek spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży, ○ wystąpienia niedorozwój dziecka, ○ zmniejszenia objętości mózgu u dzieci matek spożywających alkohol, ○ obciążenia ekonomicznego, które doprowadza do biedy. • Organizacja wskazuje 3 podstawowe filary niezbędne w zaprzestaniu lub zmniejszeniu skutków choroby alkoholowej wśród populacji: <ul style="list-style-type: none"> ○ podwyżka podatków, ○ ograniczony dostęp do detalicznego alkoholu, ○ zakazy reklam promujących napoje alkoholowe.
<p>Australian Family Physician - AFP 2011 ¹¹⁹</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Towarzystwo wskazuje na skuteczność zarządzania problemem alkoholowym poprzez określenie w pierwszej kolejności ilości spożywanego alkoholu i związanego z nim ryzyka wystąpienia jednostki chorobowej. • Organizacja rekomenduje krótkie 5-minutowe interwencje antyalkoholowe, o zadawalającej skuteczności. Polegają one na poradnictwie nt. szkodliwości picia alkoholu. • Kluczowymi elementami powodzenia krótkich interwencji antyalkoholowych są: <ul style="list-style-type: none"> ○ udzielanie zindywidualizowanej informacji, która jest istotna i realistyczna dla pacjenta,

¹¹⁹Australian Family Physician (2011). Problem drinking Management in general practice. Vol. 40, No. 8 August 2011

	<ul style="list-style-type: none"> ○ słuchanie potrzeb pacjenta i gotowości do zmiany, ○ udzielanie jasnych porad, z których pacjenci będą czerpać korzyści, ○ pomoc w określeniu zamierzonych celów, ○ opracowanie praktycznej strategii zarządzania uzależnieniem, ● Należy jasno nakreślić pacjentowi potencjalne szkody związane z piciem alkoholu we wczesnym etapie życia, w tym problemów fizycznych, psychicznych i społecznych, takich jak: <ul style="list-style-type: none"> ○ bezsenność, ○ brak energii, ○ słaba koordynacja ruchowa, ○ zmniejszona zdolność jasnego myślenia, ○ wysokie ciśnienie krwi, ○ depresja, ○ impotencja, ○ ryzyko zranienia lub niebezpieczeństwo podczas prowadzenia pojazdów i obsługiwanie maszyn. ● Specjalista powinien również zaprezentować pacjentowi potencjalne benefity płynące z odstawienia alkoholu, w tym m.in.: <ul style="list-style-type: none"> ○ lepszy sen, ○ więcej energii, ○ polepszenie statusu społecznego, ○ zmniejszona waga, ○ poprawa pamięci, ○ poprawa lub zminimalizowanie problemów rodzinnych, ○ zmniejszone ryzyko nadciśnienia, uszkodzenia wątroby, mózgu, ○ zmniejszone ryzyko zgonu, ○ bezpieczeństwo prowadzenie samochodu, ● Organizacja wskazuje za zasadne realizację przez pacjenta strategii wskazanej przez lekarza, która wspomogę ograniczenie spożycia alkoholu. Strategia ta może obejmować takie zalecenia jak: <ul style="list-style-type: none"> ○ pij tylko z jedzeniem, ○ wypij szklankę wody między napojami, aby ugasić pragnienie, ○ zmniejsz wielkość szklanki/kubka,
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ○ wybieraj alkohol o niskiej zawartości alkoholu, ○ unikaj chodzenia do pubu po pracy, ○ unikaj lub ogranicz czas spędzany z przyjaciółmi, którzy spożywają dużo alkoholu, ○ gdy jesteś pod presją picia, powiedz: „mój lekarz kazał mi ograniczyć” lub „kieruje dzisiaj samochodem ”. ● Alternatywy: <ul style="list-style-type: none"> ○ gdy jesteś zestresowany, przejdź się lub poćwicz, zamiast spożywać alkohol, ○ odkryj nowe hobby, ○ spędzaj czas z przyjaciółmi, którzy nie spożywają alkoholu.
<p>National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism - NIAAA 2011¹²⁰</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny i konsensus ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Towarzystwo rekomenduje narzędzie przesiewowe jakim jest AUDIT (ang. <i>The Alcohol Use Disorders Identification Test</i>), polegające na kwalifikacji osób uzależnionych od alkoholu poprzez rozmowę ze specjalistą. Narzędzie składa się z kilku pytań nt. spożywania alkoholu. ● Kolejnym badaniem przesiewowym jakie zaleca organizacja jest narzędzie CRAFFT (ang. <i>Car, Relax, Alone, Forget, Friends</i>). Zawierający 5 pytań: <ul style="list-style-type: none"> ○ Czy kiedykolwiek kierowałeś samochodem, pod wpływem alkoholu lub Twój znajomy? ○ Czy kiedykolwiek spożywałeś alkohol w celu zrelaksowania się, czy czujesz się wtedy lepiej? Jeśli odpowiedź brzmi TAK to kolejne pytanie- Czy kiedykolwiek piłeś alkohol lub zażywałeś narkotyki w samotności? ○ Czy kiedykolwiek miałeś problem z pamięcią podczas spożywania alkoholu lub narkotyków? ○ Czy Twoja rodzina lub przyjaciele kiedykolwiek mówili ci, że powinieneś ograniczyć picie alkoholu lub używanie narkotyków? ○ Czy kiedykolwiek wpadłeś w panikę, kiedy piłeś alkohol lub zażywałeś narkotyki? ● Organizacja zaleca poszerzenie testu CRAFFT w przypadku, gdy liczba pozytywnych odpowiedzi wynosi więcej niż dwa. Należy wówczas przeprowadzić kolejny wywiad psychospołeczny dotyczący: <ul style="list-style-type: none"> ○ domu rodzinnego, ○ edukacji nt. uzależnienia od alkoholu, ○ zajęć w czasie wolnym, ○ myśli samobójczych, ○ aktywności seksualnej,

¹²⁰ 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.

	<ul style="list-style-type: none"> ○ ilości spożywanego alkoholu lub narkotyków. • Prowadzenie dokumentacji/historii medycznej pacjenta włączonego do terapii odwykowej powinno być prowadzone przez lekarza w formie papierowej oraz elektronicznej. • Lekarz specjalista ds. uzależnień powinien zawsze gdy jest tylko to możliwe oferować wsparcie i zachęcać do ograniczenia spożywania alkoholu. • Towarzystwo wskazuje na systematyczność w wizytach kontrolnych. • Wskazane doradztwo i pomoc ze strony specjalisty, które powinno opierać się na 3 etapach : <ul style="list-style-type: none"> ○ Niskie ryzyko: <ul style="list-style-type: none"> ▪ udzielenie krótkiej porady, aby zaprzestać spożywanie alkoholu, ○ Umiarkowane ryzyko: <ul style="list-style-type: none"> ▪ udzielenie krótkiej porady jeśli pojawią się problemy, ▪ przeprowadzenie krótkiej rozmowy motywacyjnej, ▪ umówienie na wizytę kontrolną, najlepiej w ciągu miesiąca. ○ Najwyższe ryzyko: <ul style="list-style-type: none"> ▪ przeprowadzić krótką rozmowę motywacyjną, ▪ rozważyć skierowanie na leczenie, ▪ umówić wizytę kontrolną w przeciągu miesiąca,
<p>The National Institute for Health and Care Excellence - NICE 2011a¹²¹</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny i konsensus ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wskazano, aby personel medyczny i pracownicy opieki społecznej przechodzili szkolenia promujące świadomość alkoholową pełną szacunku, pozbawioną osądu i opieki nad osobami nadużywającymi alkoholu. • Towarzystwo zaleca, aby personel medyczny i pracownicy opieki społecznej oportunistycznie przeprowadzali badania przesiewowe i krótkie interwencje antyalkoholowe dotyczące niebezpieczeństwa związanego ze spożywaniem alkoholu i szkodliwego. • Osoby, które mogą skorzystać ze specjalistycznej opieki medycznej lub leczenia w przypadku nadużywania alkoholu powinni być skierowani do specjalistycznych usług ds. uzależnień alkoholowych. • Dorosłym, którzy nadużywają alkohol, należy oferować psychologiczne porady i wsparcie. • Organizacja zaleca, aby dla osób potrzebujących medycznego wsparcia w zakresie odstawienia alkoholu oferować najbardziej odpowiednio dobrany schemat leczenia pod względem wieku, nasilenia uzależnienia od alkoholu, wsparcia społecznego oraz obecność jakichkolwiek chorób

¹²¹ The National Institute for Health and Care Excellence(2011). Alcohol-use disorders: diagnosis and management.

	<p>fizycznych lub psychiatrycznych.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wskazano na zasadność stosowania narzędzia przesiewowego, takiego jak AUDIT (ang. <i>The Alcohol Use Disorders Identification Test</i>), polegającego na kwalifikacji osób uzależnionych od alkoholu. • Towarzystwo wskazuje na zastosowanie kompleksowej oceny potrzeb pacjenta, która powinna badać następujące obszary: <ul style="list-style-type: none"> ○ spożywanie alkoholu, w tym konsumpcja w przeszłości, ○ prowadzony dziennik picia, ○ dodatkowe informacje (np. choroba alkoholowa wśród członka rodziny lub opiekuna), ○ problemy związane z alkoholem, ○ inne nadużywanie narkotyków, w tym leki bez recepty, ○ problemy ze zdrowiem fizycznym, ○ problemy psychologiczne i społeczne, ○ gotowość oraz chęć wyjścia z nałogu. • Wskazuje się na zasadność stosowania terapii poznawczo behawioralnej oraz psychospołecznej dla pacjentów uzależnionych od alkoholu. • Personel medyczny i pracownicy opieki społecznej powinni zapewnić kompleksową ocenę wystąpienia ryzyka alkoholowego przy użyciu wywiadu diagnostycznego dla młodzieży ADI (ang. <i>Adolescent Diagnostic Interview</i>), a także wskaźnik dotkliwości uzależnienia dla nastolatków-ASI (ang. <i>Teen Addiction Severity Index</i>). Procedury ww. powinny obejmować następujące obszary: <ul style="list-style-type: none"> ○ konsumpcja, ○ cechy uzależnienia i wzorce niewłaściwego używania substancji odurzających (cechy konsumpcji i uzależnienia) oraz powiązane problemy problemowe i problemy ze zdrowiem fizycznym, ○ relacje międzyludzkie, ○ funkcjonowanie społeczne, ○ funkcjonowanie rodziny, ○ potrzeby rozwojowe i poznawcze, a także osiągnięcia edukacyjne, ○ frekwencja historii nadużyć i urazów wobec siebie i innych, ○ gotowość do zmiany, ○ przekonania do zmiany w celu uzyskania zgody przez personel medyczny na leczenie, opracowanie planu opieki i planu zarządzania ryzykiem.
<p>The National Institute for Health and Care</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny i konsensus ekspertów.</p>

<p>Excellence - NICE 2011b¹²²</p>	<p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wskazano zasadność zastosowania, narzędzia takiego jak test AUDIT (ang. <i>The Alcohol Use Disorders Identification Test</i>), polegającego na kwalifikacji pacjenta do grupy osób uzależnionych od alkoholu. • Organizacja rekomenduje zatwierdzone narzędzia kliniczne jakimi są wywiad diagnostyczny dla młodzieży ADI (ang. <i>Adolescent Diagnostic Interview</i>), a także wskaźnik dotkliwości uzależnień dla nastolatków-ASI (ang. <i>Teen Addiction Severity Index</i>). • Zastosowanie terapii poznawczo behawioralnej oraz psychospołecznej dla pacjentów w wieku 16-17 lat, którzy wcześniej nie byli leczeni farmakologicznie z uzależnianie od alkoholu. • Towarzystwo rekomenduje wielowymiarową terapię rodzinną, która powinna zazwyczaj składać się z 12-15 zorganizowanych sesji leczenia rodzinnego w ciągu 12 tygodni. • Oprócz sesji rodzinnych opieka medyczna powinna zapewnić indywidualne interwencje zarówno dziecku, młodemu człowiekowi jak i rodzicom. Interwencja powinna mieć na celu zmianę w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> ○ nadużywania alkoholu i narkotyków, ○ zachowań edukacyjnych i społecznych u dziecka lub młodej osoby, ○ dobrego samopoczucia rodziców i umiejętności rodzicielskich, ○ relacji z szerszym systemem społecznym. • Zaleca się włączenie krótkiej strategicznej terapii rodzinnej, która zazwyczaj odbywa się w odstępach dwutygodniowych. Czas trwania nie powinien być krótszy niż 3 miesiące. Ww. terapia powinna obejmować następujące obszary: <ul style="list-style-type: none"> ○ angażowanie i wspieranie rodziny, ○ korzystając ze wsparcia szerszego systemu społecznego i edukacyjnego, ○ identyfikowanie nieprzystosowanych interakcji rodzinnych, ○ promowanie nowych i bardziej adaptacyjnych interakcji rodzinnych. • W przypadku osób, które nadużywają alkoholu i mają współistniejącą depresję lub zaburzenia lękowe, najpierw należałoby leczyć nadużywanie alkoholu, ponieważ może to prowadzić do znacznej poprawy w zakresie depresji i lęku. • Organizacja zaleca kierować do psychiatry osoby, które nadużywają alkoholu i mają poważne współistniejące zaburzenie zdrowia psychicznego, oraz osoby, u których istnieje wysokie ryzyko samobójstwa. • Osoby z zespołem Wernicke-Korsakoff należy skierować na długoterminową hospitalizację, pacjent również powinien otrzymać wsparcie od personelu medycznego w celu powrotu do samodzielnego życia. • Interwencje psychologiczne są ważnym, nieodłącznym elementem uzupełniającym terapię dla osób nadużywających alkohol. • Organizacja zaleca systematyczne szkolenia tematyczne podnoszące kwalifikacje personelu medycznego. • Program profilaktyczny przeciwdziałający alkoholizmowi u dzieci w wieku 10-17 lat, powinien być obszerny i zawierać profilaktykę chorób
---	--

¹²² 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

<p>The National Institute for Health and Care Excellence - NICE 2010¹²³</p>	<p>współistniejących.</p> <p>Metodologia: Przegląd systematyczny i konsensus ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizacja wskazuje 3 podstawowe filary skuteczności zaprzestania lub zmniejszenia choroby alkoholowej wśród populacji, składające się z: <ul style="list-style-type: none"> ○ podwyżki podatków, ○ ograniczonego dostępu do sprzedaży detalicznej alkoholu, ○ zakazu reklam promujących napoje alkoholowe. • Należy rozpocząć edukację dzieci i młodzieży nt. skutków zdrowotnych spożywania alkoholu z wykorzystaniem nauczycieli, rodziców, opiekunów oraz specjalistów ds. ochrony zdrowia dziecka i młodzieży. • Towarzystwo rekomenduje użycie następujących narzędzi przesiewowych: <ul style="list-style-type: none"> ○ wywiad diagnostyczny ADI (ang. <i>Adolescent Diagnostic Interview</i>), ○ wskaźnik dotkliwości uzależnień dla nastolatków-ASI (ang. <i>Teen Addiction Severity Index</i>), ○ wywiad kwalifikacyjny osób uzależnionych od alkoholu AUDIT (ang. <i>The Alcohol Use Disorders Identification Test</i>), ○ test CRAFFT (ang. <i>Car, Relax, Alone, Forget, Friends</i>), ○ wywiad klasyfikacyjny SASQ (ang. <i>Single Alcohol Screening Question</i>). • Test który posiada największą skuteczność na oddziale ratunkowym to tzw. test alkoholowy Paddington (PAT), który polega na kwestionariuszu kwalifikacyjnym. • W miejscowościach gdzie nie ma dostępu do badań przesiewowych, organizacja zaleca, aby opieka medyczna oraz specjaliści do ds. uzależnień skoncentrowali się na osobach należących do grup wysokiego ryzyka, obejmując osoby: <ul style="list-style-type: none"> ○ o określonych warunkach fizycznych (takimi jak nadciśnienie i zaburzenia żołądkowo-jelitowe lub wątroby), ○ z problemami zdrowia psychicznego (takimi jak lęk, depresja lub inne zaburzenia nastroju), ○ które doświadczyli przemocy fizycznej, ○ zagrożone samookaleczeniem, ○ które regularnie doświadczają wypadków lub drobnych urazów, ○ które regularnie uczęszczają do kliniki ginekologicznej lub wielokrotnie szukają sposobów antykoncepcji, ○ które uczestniczyły w przestępstwach lub innych zrachowaniach społecznych, ○ narażone na przemoc domową,
---	--

¹²³ The National Institute for Health and Care Excellence(2010).Alcohol-use disorders: prevention

	<ul style="list-style-type: none"> ○ dorośli, których dzieci są objęte ochroną ze strony agencji ds. ochrony dzieci, ○ z problemami narkotykowymi. • Specjaliści ds. uzależnień nie powinni udzielać krótkich, prostych, rad wyjścia z nałogu, ponieważ przebieg leczenia jest długotrwały i obszerny. Osobę uzależnioną należy skierować na specjalistyczną terapię odwykową tak szybko jak tylko jest to możliwe. W przypadku jeśli osoba niechętnie przyjmie skierowanie, powinno się zaoferować dłuższą interwencję motywacyjną w celu przejścia na terapię. • Zalecane jest monitorowanie osób w grupie wysokiego ryzyka, którzy otrzymali krótką interwencję motywacyjną. • Należy rozważyć skierowanie na leczenie specjalistyczne, jeśli wystąpiła co najmniej jedna z poniższych sytuacji u osób które: <ul style="list-style-type: none"> ○ wykazują oznaki umiarkowanego lub silnego uzależnienia od alkoholu, ○ nie skorzystali ze zorganizowanej krótkiej porady i długiej krótkiej interwencji i chcą otrzymać dalszą pomoc w przypadku problemu alkoholowego. ○ wykazują oznaki ciężkiego upośledzenia związanego z alkoholem lub powiązane choroby współistniejące (na przykład choroba wątroby lub problemy ze zdrowiem psychicznym związane z alkoholem).
<p>World Health Organization - WHO 2010¹²⁴</p>	<p>Metodologia: Przegląd systematyczny i konsensus ekspertów.</p> <p>Rekomendacje:</p> <ul style="list-style-type: none"> • WHO zaprojektowało kwestionariusz ASSIST (ang. <i>The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>) w celu identyfikacji i interwencji z ludźmi, którzy używają substancji w niebezpieczny sposób, które mogą powodować szkody, w tym ryzyko przejścia na uzależnienie. ASSIST jest wskazane jako badanie przesiewowe mające na celu wykrycie problemów zdrowotnych lub czynników ryzyka we wczesnym etapie, zanim się pojawią i spowodują poważną chorobę lub inne problemy. Badanie polega na wywiadzie pacjenta z pracownikiem medycznym, zawierającego schemat z 7 pytań. • WHO do substancji i produktów uzależniających zalicza: <ul style="list-style-type: none"> ○ produkty tytoniowe (papierosy, tytoń do żucia, cygara itp.), ○ napoje alkoholowe (piwo, wino, napoje spirytusowe itp.), ○ liście konopi (marihuana, garnek, trawa, haszysz itp.), ○ kokaina (koks, krakingu itp.), ○ stymulatory typu amfetaminy (meta, ecstasy itp.) ○ substancję wdychające (podtlenek azotu, klej, benzyna, rozcieńczalnik do farb, itp.), ○ leki uspokajające lub nasenne (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam itp.), ○ substancje halucynogeny (LSD, kwas, grzyby, wycieczki, ketamina itp.),

¹²⁴ 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.

- opiaty (heroina, morfina, metadon, buprenorfina, kodeina itp.),
- inne – kawa.
- Rozwój kwestionariusza ASSIT opiera się na narzędziach przesiewowych jakim są:
 - wywiad diagnostyczny ADI (ang. *Adolescent Diagnostic Interview*),
 - wskaźnik dotkliwości uzależnień dla nastolatków-ASI (ang. *Teen Addiction Severity Index*),
 - wywiad kwalifikacyjny osób uzależnionych od alkoholu AUDIT (ang. *The Alcohol Use Disorders Identification Test*).
- Wczesna identyfikacja i interwencja prowadzą do lepszych wyników końcowych niż późniejsze leczenie.
- Rodzaje problemów związanych z regularnym stosowaniem substancji uzależniających obejmuje:
 - specyficzne problemy zdrowia fizycznego i psychicznego,
 - brak tolerancji,
 - lęk, depresja, wahania nastroju, drażliwość,
 - bezsenność,
 - trudności finansowe,
 - łamanie prawa,
 - problemy z nawiązywaniem relacji,
 - trudności z regularną pracą lub nauką,
 - problemy poznawcze związane z pamięcią lub skupieniem.
- Organizacja zaleca systematyczną kontrolę osób tj.:
 - pacjentów którzy korzystają z promowania zdrowego życia, wolnego od uzależnień,
 - osoby w wieku dojrzałym i młodzi pacjenci którzy rozpoczynają program badań przesiewowych,
 - pacjenci korzystający z klinik lub oddziałów chorób wenerycznych oraz w wieku studenckim,
 - osoby zamieszkujące obszary o wysokim ryzyku zagrożenia dostępności do substancji,
 - pacjenci leczeni w oddziałach zdrowia psychicznego,
 - więźniowie, szczególnie ci, których przestępstwa mogą być związane z substancjami uzależniającymi,
 - pacjenci, których stan byłby niekorzystny z powodu nad użycia substancji uzależniających,
 - kobiety w ciąży.
- ASSIST jest pierwszym testem przesiewowym, który obejmuje wszystkie substancje psychoaktywne, w tym alkohol, tytoń i nielegalne narkotyki, i pomaga personelowi medycznemu określić poziom ryzyka związanego z każdą substancją stosowaną przez pacjenta.
- Wiele osób używa substancji, ponieważ mają one przyjemne lub pożądane skutki dla użytkownika, podczas gdy inne osoby mogą używać ich do zmniejszenia bólu fizycznego lub psychicznego. WHO wskazuje, że używanie substancji mogą również służyć innej funkcji lub celowi.

	<p>Na przykład użytkownicy psychostymulatorów mogą stosować te substancje w celu zwiększenia wydajności umysłowej, utrzymania przytomności lub utraty wagi.</p> <ul style="list-style-type: none">• Regularne stosowanie różnych substancji może powodować wiele różnych problemów, zarówno zdrowotnych jak i społecznych. A do nich należą:<ul style="list-style-type: none">○ specyficzne problemy zdrowia fizycznego i psychicznego oraz tolerancja,○ lęk, depresja, wahania nastroju, drażliwość,○ bezsenność,○ trudności finansowe,○ przestępstwa,○ problemy w nawiązaniu relacji,○ trudności z regularną pracą lub nauką,○ problemy poznawcze dotyczące pamięci lub uwagi.• Substancje uzależniające mogą być podawane nie tylko doustnie, ale również dożylnie, co zwiększa ryzyko wielu chorób i problemów zdrowotnych tj.:<ul style="list-style-type: none">○ uzależnienie,○ przedawkowanie,○ psychoza,○ zapaść,○ zakażenie HIV lub WZWC,○ miejscowe ropnie.
--	--

5. *Opinie ekspertów klinicznych*

<Przedstawić opinie ekspertów, jeśli takie otrzymano>

W toku prac analitycznych nad niniejszym raportem zwrócono się do dwunastu ekspertów z prośbą o opinię w sprawie zasadności prowadzenia programów polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych. Prośby o opinie skierowano do Konsultantów Krajowych i Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinie psychologii klinicznej oraz psychiatrii dzieci i młodzieży. Zwrócono się także do ekspertów z dziedzin odpowiadających przedmiotowemu zakresowi: Prezesa Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Dyrektora Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Dyrektora Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Na dzień zakończenia prac nad raportem (22.07.2020), uzyskano 3 opinie. Wszystkie otrzymane stanowiska eksperckie zostały dopuszczone decyzją Prezesa Agencji do prac analitycznych i uwzględnione w niniejszym opracowaniu [Zal 1, Zal 2, Zal 3].

Poniżej przedstawiono zestawienie opinii ekspertów w odniesieniu do 9 pytań zadanych w formularzu.

Pytanie 1. Czy w Pana/Pani opinii istnieje zasadność dla prowadzenia programów polityki zdrowotnej przez JST w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu, tytoniu i narkotyków?

W przypadku stwierdzenia zasadności realizacji programów tego rodzaju przez JST, proszę o wskazanie uzasadnienia.

Pytanie 2. Jakie dodatkowe interwencje, oprócz edukacji, powinny być uwzględnione w programie z zakresu profilaktyki uzależnień od alkoholu, tytoniu i narkotyków?

W przypadku określenia dodatkowych interwencji, proszę o wskazanie uzasadnienia.

Pytanie 3. Do jakiej populacji docelowej należy skierować program profilaktyki uzależnień od alkoholu, tytoniu i narkotyków? (np. dolna i górna granica wieku, status społeczny).

Pytanie 4. W jakiej formie i jak długo należy prowadzić edukację uczestników programu?

Pytanie 5. Jakie kompetencje powinien posiadać personel medyczny przy realizacji zaplanowanych w programie działań profilaktycznych?

Pytanie 6. Jakie warunki lokalowe i sprzętowe powinien spełniać ośrodek, w którym będzie prowadzony program?

Pytanie 7. Proszę wskazać mierzalne cele, możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu profilaktyki uzależnień od alkoholu, tytoniu i narkotyków?

Pytanie 8. Jakie wskaźniki powinny zostać użyte do pomiaru stopnia realizacji celów?

Pytanie 9. Jakie wskaźniki powinny zostać wzięte pod uwagę w celu monitorowania i ewaluacji programu?

Tabela 11. Zestawienie opinii ekspertów klinicznych

Pytanie	Dr hab. n. med. Maciej Pilecki – KW w dz. psychiatrii dzieci i młodzieży dla woj. małopolskiego [Zal 1]	Prof. dr hab. n. med. Jerzy Samochowiec – Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [Zal 2]	Dr Piotr Jabłoński – Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii [Zal 3]
<p>Pytanie 1</p> <p>Zasadność realizacji PPZ w zakresie profilaktyki alkoholu, nikotyny i narkotyków</p>	<p>Uzależnienia przyczyniają się pośrednio i bezpośrednio do szeregu problemów zdrowotnych i życiowych, stąd też znaczenie oddziaływań profilaktycznych. Uzależnienia od substancji psychoaktywnych stanowi zjawisko w Polsce istotne i wciąż narastające (przynajmniej w niektórych grupach np. kobiety).</p>	<p>Prowadzenie działań profilaktycznych przynosi, w krótszej lub dłuższej perspektywie czasowej, wymierne korzyści dla społeczeństwa w postaci:</p> <ul style="list-style-type: none"> • poprawy świadomości zdrowotnej populacji, • poprawy stanu zdrowia ludności, • zwiększenia wykrywalności chorób we wczesnym stadium rozwoju, • zmniejszenia liczby osób z powikłaniami chorób i trwałym inwalidztwem, • ograniczenia liczby zachorowań i zgonów, • obniżenia kosztów leczenia, a także mniejszych strat finansowych (zasiłki chorobowe, straty produkcyjne). 	<p>W mojej opinii istnieje zasadność dla prowadzenia programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych (alkoholu, papierosów, narkotyków) przez jednostki samorządu terytorialnego (jst). Jednostki samorządu terytorialnego są zobowiązane do zadań z zakresu zdrowia publicznego zgodnie z art 2 i 3 ustawy z dnia 1 września 2015 roku o zdrowiu publicznym. Do zadań tych należy m.in.</p> <ul style="list-style-type: none"> • edukacja zdrowotna dostosowana do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych, • promocja zdrowia i profilaktyka chorób. <p>Zadania z zakresu przeciwdziałania narkomanii i rozwiązywania problemów alkoholowych są zadaniami własnymi jst, które powinny zostać ujęte w wojewódzkich programach gmin przeciwdziałania narkomanii lub rozwiązywania problemów alkoholowych. Jednostki samorządu różnią się między sobą wysokością środków finansowych pochodzących z opłat za wydawanie zezwoleń na handel alkoholem, które stanowią źródło finansowania ww. programów. Prowadzenie programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu, tytoniu i narkotyków przez JST przyczyni się nie tylko do poszerzenia zakresu realizowanych działań profilaktycznych na poziomie danej społeczności lokalnej.</p> <p>Wdrożenie przez jst programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu, tytoniu i narkotyków, zgodnie ze standardem ogłoszonym przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, może znacząco wpłynąć na podniesienie jakości działań profilaktycznych, a także ułatwić proces ich monitorowania i dokonywania oceny ich skuteczności.</p>

<p>Pytanie 2</p> <p>Interwencje w ramach programu edukacji (oprócz edukacji)</p>	<p>Szereg celów związanych z profilaktyką I, II, III rzędu. Są to:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Podnoszenie społecznej świadomości na temat szkodliwości używania substancji psychoaktywnych w tym zwłaszcza w okresie ciąży i w wieku rozwojowym. • Ograniczenie dostępu do substancji psychoaktywnych zarówno legalnych jak i nielegalnych. • Zróżnicowanie substancji psychoaktywnych pod kątem ich szkodliwości i tak np. mniejsze represjonowanie osób używających THC biologicznego pochodzenia czy produkujących na własne potrzeby, zróżnicowanie odpowiedzialności karnej w kontekście udostępniania substancji psychoaktywnych w zależności od grupy ryzyka i wieku klienta. • Programy profilaktyczne zwiększające wiedzę o szkodliwości potencjalnych narkotyków, w tym zwłaszcza nowych substancji psychoaktywnych. • Zajęcia profilaktyczne związane z nauką odmawiania przyjmowania substancji psychoaktywnych. • Zajęcia profilaktyczne związane z nauką regulacji emocji i radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. • Prewencja w instytucjach publicznych poprzez możliwość wizyt w szkołach, internatach, koloniach, psów szkolonych na okoliczność wykrywania substancji psychoaktywnych bez konieczności wcześniejszego wszczęcia postępowania w konkretnej sprawie. 	<p>Według tej klasyfikacji profilaktyka zachowań ryzykownych prowadzona jest na trzech poziomach odpowiadających trzem niżej opisanym stopniom zagrożenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profilaktyka pierwszorzędowa adresowana jest do grupy niskiego ryzyka. Działaniami zapobiegawczymi obejmuje się szerokie niezdiagnozowane populacje. Głównym terenem działań jest szkoła. Profilaktyka pierwszorzędowa ma dwa cele – promocję zdrowego stylu życia oraz opóźnienie wieku inicjacji, a przez to zmniejszenie zasięgu zachowań ryzykownych. Poprzez różne działania przekazuje się młodzieży komunikat: POCZEKAJ DO DOROSŁOŚCI! • Profilaktyka drugorzędowa kierowana jest do grupy podwyższonego ryzyka. Celem działań jest ograniczenie głębokości i czasu trwania dysfunkcji, umożliwienie wycofania się z zachowań ryzykownych (na przykład poradnictwo rodzinne i indywidualne, socjoterapia). Poprzez różne działania przekazuje się młodzieży komunikat: WYCOFAJ SIĘ! (dopóki jeszcze możesz). • Profilaktyka trzeciorzędowa odnosi się do grupy wysokiego ryzyka. Ma na celu przeciwdziałanie pogłębianiu się procesu chorobowego i degradacji społecznej oraz umożliwienie powrotu do normalnego życia w społeczeństwie. Polega głównie na leczeniu, rehabilitacji i resocjalizacji. <p>Im głębszy jest poziom profilaktyki, tym większe są jej koszty (konieczność zatrudniania wysoko kwalifikowanych specjalistów, dłuższy czas trwania) oraz mniejsza okazuje się skuteczność.</p> <p>Dzieci te mogą się ujawnić właśnie w trakcie trwania programu, poszukując pomocy u prowadzącego. Każde z nich wymaga indywidualnej diagnozy i podjęcia działań interwencyjnych, które należą do profilaktyki drugorzędowej. Programy drugorzędowe adresowane są do młodzieży i małych grup dzieci przeżywających liczne trudności. Organizowane są na przykład grupy socjoterapeutyczne, które dzieciom zaniedbanym wychowawczo umożliwiają lepsze przystosowanie się do wymogów życia społecznego, grupy dla dzieci</p>	<p>Program polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki uzależnień od alkoholu, tytoniu i narkotyków oprócz działań edukacyjnych powinien uwzględniać:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prowadzenia krótkiej interwencji lekarskiej, obejmującej: identyfikację nasilenia problemu używania substancji psychoaktywnych, diagnozę i ocenę ryzyka, edukację, • udzielenie porady motywującej pacjenta do zmiany ryzykownego zachowania wykorzystującej metodę dialogu motywującego, • wizyt domowych (lub w miejscu przebywania) prowadzonych przez personel medyczny (np. pielęgniarki) u kobiet w ciąży i matek z grup ryzyka (używających substancji psychoaktywnych). • prowadzenia ustrukturalizowanych zajęć grupowych wzmacniających oddziaływanie w formie kontaktu indywidualnego adresowane do adolescentów i młodych dorosłych używających substancji psychoaktywnych oraz ich rodzin, • przeprowadzenie szkoleń dla personelu zaangażowanego w realizację programu, ukierunkowanych na rozwój wiedzy i umiejętności w zakresie: działania i skutków użycia substancji psychoaktywnych, ustrukturalizowanych zajęć grupowych oraz metod i technik dialogu motywującego, w tym personelu medycznego, procedury krótkiej interwencji profilaktycznej, wizyt domowych. <p>Rekomendowane strategie działań profilaktycznych są zgodne z międzynarodowymi standardami profilaktyki używania narkotyków, opracowanymi przez międzynarodową grupę ekspertów Biura do spraw Narkotyków i Przemoczości Organizacji Narodów Zjednoczonych (UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime). Standardy te powstały w efekcie metaanaliz i stanowią wykaz interwencji opartych na naukowych podstawach, których skuteczność w odniesieniu do ograniczenia problemu używania substancji przez osoby w poszczególnych grupach wiekowych została potwierdzona</p>
--	---	--	--

		<p>alkoholików itp. Ponieważ zachowanie dziecka jest najczęściej reakcją na sytuację domową i szkolną, niezwykle ważne jest równoczesne oddziaływanie na rodzinę i szkołę, jeżeli tylko jest to możliwe. Zakłada się, że korzystne zmiany w środowisku dziecka spowodują pożądaną zmianę jego zachowania.</p> <p>Jak już wspomniano, profilaktyka trzeciorzędowa adresowana jest do grup wysokiego ryzyka, które odczuwają poważne szkody powstałe w wyniku długotrwałych zachowań ryzykownych. Działania na tym poziomie są nastawione zarówno na indywidualne problemy każdej jednostki, jak i na specyficzne trudności związane z typem zaburzenia. Oprócz terapii indywidualnej obejmują programy skonstruowane specjalnie dla grup alkoholików, grup narkomanów lub osób, które weszły w konflikt z prawem. W profilaktyce pierwszorzędowej realizatorami programów są przede wszystkim nauczyciele wspierani przez psychologów, terenem działań jest głównie szkoła. W profilaktyce drugorzędowej realizatorami działań są przede wszystkim psychologowie (socjoto-terapeuci, doradcy rodzinni), przy czym ważne jest wsparcie psychologów klinicyistów. Zajęcia prowadzone są najczęściej w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, klubach lub świetlicach socjoterapeutycznych. W profilaktyce trzeciorzędowej realizatorami programów są lekarze specjaliści, psychologowie klinicyści, psychoterapeuci, rehabilitanci, pracownicy socjalni, kryminalodzy, wyspecjalizowani pracownicy policji itp. Programy te wymagają współpracy przedstawicieli wielu resortów. Terenem działań są poradnie specjalistyczne, szpitale, zakłady karne, kluby, placówki wychowawcze i resocjalizacyjne.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profilaktyka uniwersalna adresowana jest do całej niezdiagnozowanej populacji i jej podgrup (np. dzieci, młodzieży, dorosłych, kobiet w ciąży). Jej celem jest redukcja czynników ryzyka, ograniczanie inicjacji w zakresie różnych zachowań ryzykownych i zapobieganie nowym przypadkom. Główne działania to dostarczenie wiedzy i uczenie najważniejszych umiejętności psychologicznych i społecznych, niezbędnych do zapobiegania problemom. Pokrywa się z poziomem profilaktyki pierwszorzędowej w starej klasyfikacji. 	<p>w poprawnych badaniach ewaluacyjnych. metodologicznie</p>
--	--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Profilaktyka selektywna odnosi się do grup zwiększonego ryzyka, które z uwagi na szczególne warunki życiowe podlegają działaniu licznych czynników ryzyka i są bardziej zagrożone występowaniem problemów i zaburzeń (np. dzieci alkoholików, dzieci z domów dziecka, dzieci przysposobione, uczniowie z problemami szkolnymi, miłośnicy szalonych imprez, młodzież, która „wypadła” ze szkoły, bezdomni itp.). Jej celem jest opóźnianie inicjacji w zakresie różnych zachowań ryzykownych. Główne działania podobne są do działań w profilaktyce uniwersalnej, lecz uwzględniają specyfikę potrzeb i problemów danej podgrupy. • Profilaktyka wskazująca kierowana jest do tych jednostek z grup zwiększonego ryzyka, u których występują wczesne objawy dysfunkcji: różne niepokojące zachowania (np. częste wagary, okresowe upijanie się) i sygnały o pojawianiu się już poważniejszych problemów związanych z zachowaniem (np. kłopoty z policją, w domu). Jej celem jest ograniczenie czasu trwania dysfunkcji. Główne działania to indywidualna diagnoza przyczyn oraz interwencja, także w środowisku rodzinnym. Nie jest to jednak jeszcze terapia. <p>Działania podejmowane w tych trzech kategoriach (poziomach) profilaktyki różnią się intensywnością i czasem trwania. Im głębszy poziom profilaktyki, tym działania są dłuższe i bardziej intensywne. Równocześnie, im głębszy poziom profilaktyki, tym mniejsza jest liczba odbiorców. W nowej klasyfikacji profilaktyka trzeciorzędowa została usunięta z obszaru profilaktyki, natomiast w profilaktyce drugorzędowej wydzielono dwa poziomy – selektywną i wskazującą.</p> <p>Jakie są strategie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Strategie informacyjne</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Są to działania, których celem jest dostarczenie adekwatnych informacji na temat skutków zachowań ryzykownych i tym samym umożliwienie dokonywania racjonalnego wyboru. 	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Strategie edukacyjne</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ich celem jest pomoc w rozwijaniu ważnych umiejętności psychologicznych i społecznych (umiejętności nawiązywania kontaktów z ludźmi, radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania konfliktów, opierania się naciskom otoczenia itp.). • <i>Strategie alternatywne</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mają na celu pomoc w zaspokojeniu ważnych potrzeb (np. sukcesu, przynależności) oraz osiąganie satysfakcji życiowej poprzez stwarzanie możliwości zaangażowania się w działalność pozytywną, np. artystyczną, społeczną, sportową. • <i>Strategie interwencyjne</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Celem działań w zakresie tych strategii jest pomoc osobom mającym trudności w identyfikowaniu i rozwiązywaniu swoich problemów oraz wspieranie w sytuacjach kryzysowych. • <i>Strategie zmniejszania szkód (harm reduction)</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Przewidziane są głównie dla potrzeb profilaktyki trzeciorzędowej. Adresatami działań są grupy najwyższego ryzyka, wobec których zawiodła wczesna profilaktyka, interwencje, terapia, resocjalizacja – narkomani i alkoholicy z długim stażem, prostytutki i recydywiści, którzy z różnych względów nie mogą lub nie chcą wycofać się z ryzykownych zachowań. • <i>Zawartość Szkolnego Programu Profilaktyki</i> <p>Metody i narzędzia monitorowania i diagnozowania problemów i potrzeb szkoły. Wypracowane zasady i przepisy szkolne, zatwierdzone przez nauczycieli, uczniów i rodziców. Szkolne procedury reagowania w sytuacjach kryzysowych. Działania informacyjne adresowane do uczniów, nauczycieli i rodziców. Działania edukacyjne: podstawa programowa, samodzielne edukacyjne programy profilaktyczne dla uczniów, nauczycieli i rodziców. Programy</p> 	
--	--	--

		<p>alternatywne. Działania interwencyjne. Wspomaganie procesu readaptacji uczniów powracających do szkoły po leczeniu. Działania na rzecz środowiska lokalnego (np. realizowane w ramach programów alternatyw: artystyczne, społeczne, w tym charytatywne).</p>	
<p>Pytanie 3 Populacja docelowa programu</p>	<p>W zależności od rodzaju oddziaływań profilaktycznych powinny być one kierowane zarówno do populacji ogólnej jak i populacji celowanej. Jako szczególnie istotne należy podkreślić prowadzenie oddziaływań profilaktycznych w szkołach podstawowych nakierowanych na budowanie zasobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dzieci – w wieku szkolnym: od 4 klasa szkoły podstawowej. <p>W populacji dzieci i młodzieży szkolnej nadal najliczniejsza jest grupa niskiego ryzyka, zwłaszcza w szkołach podstawowych. Na etapie gimnazjum skokowo wzrasta liczebność grup podwyższonego ryzyka. Po wejściu w okres dojrzewania wielu uczniów przechodzi inicjację tytoniową, alkoholową i inną. Im starsza klasa, tym liczniejsza staje się grupa ryzyka.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Populacją podlegającą włączeniu do programu jest populacja osób w wieku 15-26 r.ż., w tym populacja studentów. <p>Wyodrębnienie subpopulacji młodzieży studenckiej uzasadnione jest dużym (większym niż w populacji generalnej osób dorosłych) rozpowszechnieniem używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Uzasadnieniem kierowania Programu do grupy ryzyka w określonym przedziale wiekowym jest fakt, że to właśnie okres dojrzewania i wchodzenia w dorosłość, jak również okres studiów jest czasem, gdy zwykle rozpoczyna się problem z ryzykownym używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych i/lub uzależnieniem.</p> <p>Jest to populacja szczególnie narażona na kontakt z alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi, jak również szkodliwe skutki zdrowotne i psychospołeczne, związane zarówno z uzależnieniem, jak i ich używaniem (które nie spełnia kryteriów uzależnienia). Dolna i górna granica wieku (15-26 lat) grupy docelowej podyktowana jest dwoma przesłankami. Po pierwsze, proponowane w Programie interwencje (test przesiewowy i krótka interwencja) są skuteczne u młodzieży i dorosłych powyżej 15 r.ż, dlatego grupę docelową w tym Programie stanowi młodzież od 15 r.ż. Po drugie, jako górną granicę wieku przyjęto 26 lat z uwagi na objęcie Programem populacji studentów w Polsce. Należy jednak podkreślić,</p>	<p>Populacjami docelowymi programu profilaktyki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od substancji psychoaktywnych powinny być:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kobiety w ciąży i młode matki z grupy ryzyka używające substancji psychoaktywnych, • młodzież w okresie adolescencji i tzw. "młodzi dorośli" oraz ich rodzice lub rodziny, • osoby bez względu na wiek zgłaszające się do oddziałów ratunkowych i podmiotów leczniczych świadczących nocną i świąteczną pomoc lekarską, w szczególności z powodu urazów i wypadków, intoksykacji.

		<p>że określenia „młody dorosły” jest bardzo różnie definiowane. WHO pod pojęciem „młody dorosły” (ang. young adult) definiuje osoby w wieku 20-24 lata, z kolei „młodzież” jest definiowana jako osoby w wieku 10-19 (ang. adolescent).</p> <p>Program dotyczy prewencji używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w grupie osób w wieku 15-26 lat. Uzasadnione jest to wzorami używania tych substancji przez młodzież i młodych dorosłych (łączenie różnych substancji psychoaktywnych). Osoby w przedziale wieku 15-26 lat są kwalifikowane jako osoby w wieku aktywności zawodowej, a więc negatywne skutki zdrowotne związane z problematyką używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych wpływają bezpośrednio na zasoby pracy. Co więcej, problem ten powinno się również rozpatrywać w perspektywie długoterminowej z uwagi na fakt, iż osoby te rozpoczynają dopiero pracę zawodową i problem ten może przewijać się na przestrzeni wielu dalszych lat ich aktywności zawodowej.</p> <p>Rodzice i nauczyciele są wzorcem zachowań ryzykownych.</p> <p>Najbardziej efektywnymi modelami są opiekuńcze osoby dorosłe o wysokim statusie, które dysponują możliwością nagradzania. Rodzice i nauczyciele spełniają te warunki, toteż są najważniejszymi modelami programującymi zachowania dzieci i młodzieży. Niezwykle ważną rolę w budowaniu odporności u dziecka odgrywają nauczyciele, zwłaszcza w przedszkolu i w szkole podstawowej.</p>	
<p>Pytanie 4 Forma i okres prowadzenia edukacji</p>	<p>Czas trwania edukacji w zakresie programów powinien być dostosowany do ich celów. Możliwe są tu zarówno medialne kampanie jak i szkolenia Rad Pedagogicznych czy rodziców. Powinny być one wpisane w kompleksową politykę państwa, związaną z przeciwdziałaniem spożywania substancji psychoaktywnych obejmującą wiele elementów. Same kampanie informacyjne czy praca nad zasobami dzieci i młodzieży będzie nieskuteczna jeśli nie zostanie ograniczony dostęp do substancji psychoaktywnych zarówno legalnych jak i nielegalnych.</p>	<p>Wyniki badań ewaluacyjnych umożliwiają wprowadzenie korekt do programów:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eliminowanie elementów zbędnych, • mało efektywnych lub szkodliwych i wprowadzanie nowych elementów o większej sile oddziaływania. <p>Stąd kolejne edycje niektórych programów znacznie różnią się od projektu początkowego. Z reguły badania nad programem obejmują trzy poziomy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ewaluacja procesu (jak realizowano program, czy udało się go zrealizować, kto brał w nim udział, ilu było uczestników, które elementy były dobrze 	<p>Edukacja z zakresu profilaktyki uzależnień powinna być realizowana regularnie, a działania powinny być zaplanowane oraz dostosowane w formie i treści przekazu do określonej grupy docelowej. Międzynarodowe standardy dotyczące profilaktyki uzależnień, rekomendują wykorzystanie w działaniach profilaktycznych strategii, które mają udokumentowany w badaniach naukowych wpływ na redukcję czynników ryzyka związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz wzmacnianie czynników chroniących, co w konsekwencji przynosi pożądane zmiany w zachowaniu u młodych ludzi. Należą do nich m.in.:</p>

		<p>przyjęte, a które nie i dlaczego);</p> <ul style="list-style-type: none"> • ewaluacja wyniku (czy zrealizowano cele zakładane w programie, krótko- i długo-terminowe); • ewaluacja wpływu (czy program przyniósł efekty ogólniejsze, dotyczące nie tylko uczestników, na przykład zmianę zachowań rodziców, zmiany w społeczności lokalnej). <p>Niezadowalająca skuteczność oddziaływań profilaktycznych to problem nie tylko polski, ale ogólnoświatowy. Wynika zarówno z niedostatków teorii, jak i błędów w praktyce. Profilaktyka naukowa ma bowiem nadal wiele białych plam. Ponadto wiedza już istniejąca nie zawsze jest wykorzystywana przy konstruowaniu interwencji profilaktycznych. To zależy od poziomu profilaktyki, wieku płci wykształcenia. Należy powtarzać programy na kolejnych etapach dojrzwania. Wskazani eksperci przez doświadczenie – (raper który wyszedł z uzależnienia będzie dla adolescentów dobrym przykładem) a więc przypomnienie na każdym etapie szkolnym ale w różnej formie i krótko – godzina tygodniowo w szkole lekcji nt. wychowania zdrowotnego.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • rozwijanie umiejętności życiowych u młodych odbiorców programów, • edukacja normatywna, • rozwijanie umiejętności wychowawczych rodziców. <p>PPZ obejmujący działania w wymiarze całego roku, powinien uwzględniać powtarzalność działań edukacyjnych, a nie ograniczać się do działań jednorazowych, incydentalnych.</p>
<p>Pytanie 5 Wymagania wobec personelu</p>	<p>Większość oddziaływań o charakterze profilaktycznym powinna być prowadzona przez osoby mające doświadczenie w prowadzeniu profilaktyki lub też mające ukończone specjalne kursy w tym zakresie. Wskazane jest utworzenie specjalności rynkowej psychoprofilaktyka będącej uzupełnieniem systemu opieki nad dziećmi z zaburzeniami psychicznymi. Podstawowy program psychoprofilaktyki jest spójny z psychoprofilaktyką prób samobójczych czy uzależnień behawioralnych.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej, wykwalifikowany zespół profesjonalistów, nauczycieli po szkoleniach, posiadających doświadczenie i wiedzę z zakresu uzależnień, udokumentowane dorobkiem naukowym w formie np. co najmniej trzech publikacji lub monografii lub wytycznych lub broszur i innych opracowań tematycznych, lub przejście terapii własnej lub szkolenia w zakresie terapii uzależnień. <p>Personel udzielający wsparcia w postaci poradnictwa w zakresie uzależnień ale i zdrowej diety, edukacji zdrowotnej oraz aktywności fizycznej: osoby uprawnione do udzielania świadczeń oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny lub psychologii lub psychoterapii, np. lekarze, certyfikowani psychoterapeuci, pielęgniarki, dietetycy i specjaliści do spraw żywienia, specjaliści promocji zdrowia</p>	<p>Personel medyczny zaangażowany w realizację programu powinien posiadać kwalifikacje w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnozowania i rozpoznawania używania problemowego/szkodliwego oraz uzależnienia od substancji psychoaktywnych, • prowadzenia krótkich interwencji ukierunkowanych na ograniczenie lub zaprzestania używania substancji psychoaktywnych. <p>W związku z tymi składowymi elementami kompetencji personelu medycznego, jest posiadanie wiedzy dotyczącej objawów i skutków zdrowotnych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (alkoholu, tytoniu, narkotyków), znajomość i umiejętność zastosowania w praktyce testów przesiewowych(np. AUDIT, CAGE, DUDIT, ASSIST, PUM, PUN) oraz stosowania w pracy z pacjentem metody i technik dialogu motywującego.</p> <p>Realizatorzy programu polityki zdrowotnej powinni</p>

		<p>i edukacji zdrowotnej, absolwenci zdrowia publicznego, fizjoterapeuci, psycholodzy, absolwenci technologii żywności i żywienia człowieka itp., zgodnie z Polską Klasyfikacją Zawodów i Specjalności.</p>	<p>ponadto posiadać wiedzę na temat możliwości dostępnych lokalnie innych (poza programem polityki zdrowotnej) form pomocy dla grup docelowych programu, np. programu leczenia uzależnienia w placówce terapii uzależnień, programu leczenia substytucyjnego oraz programów profilaktycznych o udowodnionej skuteczności adresowanych do dzieci i młodzieży, oferty placówek pomocy społecznej lub organizacji pozarządowych w zakresie udzielania wsparcia psychologicznego i socjalnego oraz miejsc, które otaczają opieką kobiety w ciąży.</p>
<p>Pytanie 6 Warunki lokalowe i sprzętowe</p>	<p>Akcje tego typu powinny być prowadzone raczej w miejscu gdzie dzieci przebywają. Zespoły powinny być wyposażone w mobilne zestawy multimedialne.</p>	<p>Sala edukacyjna wg standardów, sprzęt audiowizualny, (rzutnik, komputer lub tablica interaktywna).</p>	<p>Placówka, w której będzie prowadzony program powinna stworzyć warunki zapewniające przestrzeganie podstawowych praw pacjenta, w szczególności ochrony danych osobowych. W przypadku zajęć grupowych powierzchnia sali warsztatowej powinna być odpowiednia do liczebności grupy warsztatowej (6-12 osób). Ośrodek powinien dysponować podstawowym sprzętem audiowizualnym, wykorzystywanym przede wszystkim podczas zajęć edukacyjnych i warsztatowych.</p>
<p>Pytanie 7 Cele w ramach PPZ</p>	<p>Statystyki spożycia legalnych substancji psychoaktywnych w rejonie gdzie prowadzona jest profilaktyka,</p> <ul style="list-style-type: none"> • ilość interwencji Policji, Straży Miejskiej, Pogotowia, Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych w związku z użyciem substancji psychoaktywnych, • ilość spowodowanych wypadków po zażyciu substancji psychoaktywnych, ilość prób samobójczych podejmowanych pod wpływem substancji psychoaktywnych, • ilość spowodowanych wypadków po zażyciu substancji psychoaktywnych, • ilość założonych Niebieskich Kart w kontekście problemów z nadużyciem substancji tego typu, • wyniki ustrukturyzowanych badań testowych porównujących populację poddaną działaniom 	<p>Amerykańskim autorytetem w dziedzinie psychoprofilaktyki jest Society for Prevention Research (Towarzystwo Badań nad Profilaktyką), kierowane przez cytowanego wielokrotnie w tej pracy dr. Davida Hawkinsa. Z dorobku Towarzystwa korzystają wszystkie amerykańskie resorty, instytucje naukowe i organizacje pozarządowe. Prowadzi ono badania nad celami programów profilaktycznych, czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi, nad skutecznymi strategiami profilaktycznymi oraz określa standardy programów. Towarzystwo opracowało podręcznik <i>Standards of Evidence. Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination</i> (Standardy oparte na dowodach naukowych. Kryteria wydajności, skuteczności i upowszechniania), dostępny na stronie internetowej (www.preventionresearch.org). Kryteria wydajności przygotowano dla rzeczoznawców i decydentów finansujących programy. Pozwalają one odróżnić program, który opłaca się finansować od mniej wartościowego lub zbyt kosztownego. Kryteria skuteczności szczegółowo instruuje autorów, jakie czynniki powinni uwzględnić przy tworzeniu programu,</p>	<p>Cele PPZ w zakresie profilaktyki uzależnień powinny być adekwatne do pojawiającego się na danym terenie problemu. Problem natomiast powinien zostać zdiagnozowany w oparciu o dane epidemiologiczne. Cele będą mierzalne, gdy zostaną dobrze sformułowane i będzie możliwe określenie czy zostały one osiągnięte. Powinny zatem zostać sformułowane zgodnie z zasadą SMART. Cele programu profilaktyki zdrowotnej odnoszące się do profilaktyki uzależnień ad alkoholu, tytoniu i narkotyków mogą dotyczyć:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ograniczenia używania substancji psychoaktywnych lub utrzymania abstynencji w grupach docelowych programu/uczestników programu, • ograniczenia problemów zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych wśród odbiorców programu z grup do celowych, • wzrostu umiejętności personelu medycznego w zakresie rozpoznawania i diagnozy problemów

	<p>profilaktycznym z populacją bez profilaktyki.</p>	<p>aby był najbardziej efektywny. W oparciu o ustanowione standardy i kryteria instytucje centralne i stanowe ustalają kategorie programów i przygotowują szczegółowe formularze aplikacyjne dla autorów ubiegających się o granty na realizację lub ewaluację projektów. Kwestionariusze aplikacyjne mają znaczenie edukacyjne. Autorzy zobowiązani są do szczegółowego opisu programu na formularzu. Z kwestionariusza dowiadują się, czy ich propozycja spełnia wymogi stawiane programom profilaktycznym, czy też jest dopiero pomysłem na program lub wstępnym projektem. Jeżeli nie potrafią odpowiedzieć na wiele pytań zawartych w formularzu, to znaczy, że muszą poważnie dopracować swój projekt. Pomysły i wstępne niesprawdzone projekty nie powinny być produktami na sprzedaż, jak to często ma miejsce w Polsce. Ponadto klarowny opis programu według jednolitego schematu ułatwia ocenianie recenzentom i decydentom.</p> <p>Wyodrębniono cztery kategorie programów. W najniższej znajdują się programy w budowie – projekty opracowane i pilotażowo wdrażane w jednej szkole lub wąskim środowisku, przy wsparciu i pod nadzorem lokalnych (w miastach) lub powiatowych specjalistów, którzy oceniają jego zgodność z przyjętymi standardami. Po kilku edycjach, jeśli projekt daje dobre efekty, może być sprawdzony w innej szkole. Autorzy występują wtedy o lokalny grant, wypełniając formularz aplikacyjny i szczegółowo opisując dotychczasowe doświadczenia. Po kolejnych ewaluacjach, gdy efekty są powtarzalne, projekt może uzyskać status programu lokalnego. Najwyżej w klasyfikacji plasują się programy modelowe. W tej kategorii mieszczą się programy wielokrotnie sprawdzone, o naukowo potwierdzonej efektywności, uniwersalne, spełniające najwyższe standardy. Wypełniony kwestionariusz aplikacyjny ocenia niezależnie 5–7 ekspertów przyznających punkty w określonych parametrach.</p> <p>Programy modelowe publikowane są w krajowym rejestrze NREPP (<i>National Registry of Evidence-based Programs & Practices</i>) prowadzonym przez SAMHSA (<i>Substance Abuse and Mental Health Services Administration</i>). Wymagania stawiane programom modelowym są bardzo wysokie.</p>	<p>związanych z używaniem substancji psychoaktywnych wśród pacjentów i prowadzenia krótkich interwencji,</p> <ul style="list-style-type: none"> wzrostu poziomu wiedzy wśród personelu medycznego biorącego udział w programie na temat profilaktyki opartej na naukowych podstawach.
--	--	--	--

	<p>Powinny je cechować:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trwałość uzyskanych zmian – utrzymywanie się efektów przez co najmniej dwa lata. • Powtarzalność efektów w różnych grupach i warunkach. • Opłacalność – stosunek uzyskanych efektów do poniesionych kosztów. • Proces przechodzenia programu do coraz wyższej kategorii – aż do osiągnięcia statusu modelowego – trwa kilka lat. <p>W tym czasie jest on sprawdzany w różnych warunkach i środowiskach oraz poddawany ewaluacji. W każdej kategorii obowiązuje odrębny formularz aplikacyjny. Im wyższa jest kategoria, tym wyższe są wymagania. W kategorii programów w budowie wymagany jest szczegółowy opis projektu, natomiast programy aspirujące do wyższych kategorii powinny zawierać dowody efektywności uzyskane w badaniach ewaluacyjnych.</p> <p>Programy najwyższej jakości zamieszcza się w międzynarodowej bazie programów modelowych EDDRA, gdzie figuruje już kilka polskich programów. Kwestionariusz EDDRA jest dostępny na stronach Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii (www.kbpn.gov.pl). Więcej informacji o projekcie EDDRA można znaleźć pod adresem (www.kbpn.gov.pl). W Europie od kilku lat wskazywano potrzebę ujednoczenia standardów jakości działań profilaktycznych, szczególnie w profilaktyce uzależnień, oraz przygotowania dla praktyków rekomendacji dotyczących najbardziej efektywnych metod. W odpowiedzi na zgłaszane postulaty <i>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i> (EMCDDA) uruchomiło w 2007 roku projekt Europejskie Standardy Antynarkotykowego Programu Profilaktycznego (<i>European Drug Prevention Standards</i>). W projekcie koordynowanym przez John Moores University w Liverpoolu uczestniczy sześć krajów: Włochy, Hiszpania, Węgry, Rumunia, Wielka Brytania oraz Polska.</p> <p>W 1995 roku Państwowa Agencja Rozwiązywania</p>	
--	---	--

		<p>Problemów Alkoholowych i Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej zorganizowały pierwszą ogólnopolską konferencję, na której zaprezentowano dziesięć najlepszych programów, głównie rodzimych. Jej pokłosiem był pierwszy opublikowany krajowy wykaz programów, stanowiący załączek później utworzonego Banku Rekomendowanych Programów Profilaktycznych zamieszczonego na stronach internetowych CMPPP, obecnie Ośrodka Rozwoju Edukacji – www.ore.edu.pl w zakładce Wychowanie i Profilaktyka/Programy profilaktyczne/Bank programów. W 2001 roku opublikowano pierwsze Standardy Jakości Edukacyjnych Programów Profilaktycznych, a obecnie Bank zawiera 32 programy. Wiele projektów z pierwotnego rejestru zdezaktualizowało się i przeszło do historii.</p> <p>Zespół roboczy złożony z przedstawicieli Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Centrum Metodycznego Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej (obecnie ORE), Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych przygotował projekt systemu rekomendacji i przeprowadził jego pilotaż. W grudniu 2010 roku na mocy porozumienia zawartego pomiędzy wymienionymi instytucjami powołano Zespół ds. Rekomendacji i Oceny Programów. System rekomendacji zawiera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kwestionariusz aplikacyjny, • standardy i kryteria oceny programów, • słownik pojęć i terminów; opis poziomów rekomendacji, • arkusz oceny programu. 	
<p>Pytanie 8 Wskaźniki dla celów w ramach PPZ</p>	<p>Jw.</p>	<p>Duże zainteresowanie ofertami profilaktycznymi pozwala sądzić, że wielu nauczycieli i pedagogów odczuwa niepokój wywołany zarówno nieprawidłowymi zrachowaniami uczniów, jak i własną bezradnością wychowawczą. Rozczarowanie niektórych pracowników oświaty niską efektywnością programów kierowanych do dzieci i młodzieży wskazuje, iż traktowano je jako antidotum na narastające problemy wychowawcze szkoły. Można nawet powiedzieć, że w praktyce</p>	<p>Wskaźniki powinny w czytelny sposób wynikać z celów szczegółowych programu (a te z kolei być powiązane z celem głównym). Do poszczególnych celów powinien być przypisany, co najmniej jeden wskaźnik. Na podstawie wskaźników można dokonać oceny:</p> <ul style="list-style-type: none"> • czy/w jakim zakresie podjęto zaplanowane działania,

		<p>oświatowej profilaktyka zaczęła zajmować miejsce normalnego wychowania. Brak spójnego programu wychowawczego szkoły – jasnego systemu wymagań i otwartości na problemy oraz konsekwencji w reagowaniu na nie – skutecznie osłabia efekty oddziaływań profilaktycznych. Profilaktyka powinna uzupełniać wychowanie, nie może go jednak zastępować. Wychowanie i profilaktyka nie mogą sprowadzać się tylko do wyćwiczenia u uczniów odpowiednich umiejętności psychologicznych i społecznych. Wychowanie to przede wszystkim przekazywanie wartości, norm społecznych, w tym moralnych, oraz budowanie hierarchii wartości. Przykładem, jak zaniedbania wychowawcze w tym obszarze wpływają na efektywność zajęć profilaktycznych, są opisane wcześniej kłopoty z trenowaniem zachowań asertywnych u dzieci, które nie znają uniwersalnych wartości. Działania profilaktyczne są ważne i potrzebne, ale istotna jest też kryjąca się za nimi podstawa aksjologiczna i antropologiczna, czyli to jaką przyjmuje się koncepcję człowieka i ku czemu zmierza, sterując jego zachowaniem.</p> <p>Wskaźniki powinny w czytelny sposób wynikać z celów szczegółowych projektu (a te z kolei być powiązane z celem głównym). Do poszczególnych celów powinien być przypisany co najmniej jeden wskaźnik.</p> <p>Na podstawie wskaźników można dokonać oceny:</p> <ul style="list-style-type: none"> • czy/w jakim zakresie podjęto zaplanowane działania i • czy/w jakim zakresie osiągnięto zakładane efekty (wskaźniki mogą także odnosić się do efektywności i odpowiadać na pytanie: czy efekt został osiągnięty z wykorzystaniem przewidzianych środków/nakładów). <p>Dlatego powinny być one mierzalne (sformułowane w wymierny sposób). Należy pamiętać, że definiowanie wskaźników ma bezpośrednie przełożenie na to co zostanie uznane za sukces/porażkę w realizacji projektu. To jak zdefiniuje się wskaźniki nie zawsze uzależnione jest przez czynniki zewnętrzne (np. możliwe do pozyskania fundusze, które determinują wielkość grupy uczestników zajęć, jakość</p>	<ul style="list-style-type: none"> • czy/w jakim zakresie osiągnięto zakładane efekty (wskaźniki mogą takie odnosić się do efektywności i odpowiadać na pytanie: czy efekt został osiągnięty z wykorzystaniem przewidzianych środków/nakładów). <p>Dlatego powinny być one mierzalne (sformułowane w wymierny sposób). Należy pamiętać, że definiowanie wskaźników ma bezpośrednie przełożenie na to co zostanie uznane za sukces/porażkę w realizacji projektu. To jak zdefiniuje się wskaźniki nie zawsze uzależnione jest przez czynniki zewnętrzne (np. możliwe do pozyskania fundusze, które determinują wielkość grupy uczestników zajęć, jakość wydrukowanych materiałów, itd.). Chcąc uniknąć arbitralności, formułując wskaźniki można m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • skonfrontować definicje osiągnięcia celu/ów jakie formułują różne podmioty - osoby zainteresowane programem (np. badacze, twórcy i realizatorzy ewaluowanego projektu, rodzice uczniów objętych programem prewencyjnym, itp.), instytucje (np. lokalna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych): • sprawdzić, w jaki sposób definiowano wskaźniki uznane za sukces/porażkę ww. realizacji projektu. To jak zdefiniuje się wskaźniki nie zawsze w podobnych projektach. Do pomiaru stopnia realizacji ww. celów (pkt. 7) mogą być wykorzystane następujące wskaźniki: • Liczba odsetek osób używających substancji psychoaktywnych (alkoholu, tytoniu, narkotyków)w sposób okazjonalny, problemowy/szkodliwy oraz osób uzależnionych w grupach docelowych wśród uczestników programu, • Liczba/odsetek abstynentów w grupach docelowych/uczestników programu, • Liczba pacjentów, u których został rozpoznany problem związany z używaniem substancji psychoaktywnych przez personel medyczny,
--	--	---	--

		<p>wydrukowanych materiałów, itd.). Chcąc uniknąć arbitralności, formułując wskaźniki można m.in.: skonfrontować definicje osiągnięcia celu/ów jakie formułują różne podmioty:</p> <ul style="list-style-type: none"> • osoby zainteresowane programem (np. badacze, twórcy i realizatorzy ewaluowanego projektu, rodzice uczniów objętych programem prewencyjnym, itp.), • instytucje (np. lokalna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych); sprawdzić, w jaki sposób definiowano wskaźniki w podobnych projektach. <p>Zwykle rekomenduje się, aby etap formułowania wskaźników poprzedzał realizację programu. Ustalanie ich w trakcie wdrażania zaplanowanych działań lub <i>ex post</i>, czyli po zakończeniu, może stwarzać ryzyko dostosowywania wskaźników do faktycznie zrealizowanego, a nie zaprojektowanego zakresu aktywności. Czasami jednak możliwa jest modyfikacja wskaźników w trakcie realizacji projektu – wówczas gdy zmiana ulega sam projekt, bo np. popełniono błędy podczas diagnozy, nie dość precyzyjnie określając potrzeby adresatów lub program przyjmuje do pewnego stopnia otwartą formułę, która dopuszcza dookreślenie pewnych obszarów projektu w trakcie jego wdrażania (na podstawie gromadzonych i na bieżąco analizowanych doświadczeń i danych). Należy jednak pamiętać, że modyfikacja wskaźników (ewentualnie – procedura ich modyfikacji) powinna być w sposób przekonujący uzasadniona i czytelna, inaczej można narazić się na zarzut nieuprawnionej manipulacji.</p> <p>Formując wskaźniki warto kierować się pewnymi standardami, które wyraża tzw. reguła SMART. Wskaźniki (podobnie jak cele) powinny:</p> <ul style="list-style-type: none"> • odnosić się do grupy docelowej programu (S – <i>specific</i>), • być sformułowane w formie mierzalnych rezultatów (M – <i>measurable</i>), • być sformułowane w formie oczekiwanej zmiany (A – <i>action-oriented</i>), 	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba przeprowadzonych krótkich interwencji zgodnie z procedurą przez personel medyczny, w tym zakończonych sukcesem rozumianym jako ograniczenie używania albo utrzymanie abstynencji, • Liczba wizyt domowych personelu medycznego u kobiet w ciąży i matek z grupy ryzyka, • Wyniki testów wiedzy przeprowadzonych wśród personelu medycznego biorącego udział w programie obejmujących swoim zakresem m.in. wiedzę na temat rozpoznawania i diagnozy problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, testów przesiewowych, przebiegu etapów krótkich interwencji z wykorzystaniem metody dialogu motywującego, profilaktykę opartą na naukowych podstawach, skuteczne strategie profilaktyczne, • Liczba osób z grup docelowych programów które zostały poinformowane przez personel medyczny o formach pomocy i miejscach w danej społeczności lokalnej, gdzie można ją uzyskać.
--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> • być realistyczne, możliwe do osiągnięcia (R – <i>realistic</i>), • być określone w czasie (T – <i>timed</i>). <p>Ze względu na cel i etap wdrażania programu stosuje się też inny, niż wspomniany powyżej trójpodział ewaluacji, na: proces, formatywne i wyników/konkluzywną. Może ona mieć jakościowy lub ilościowy charakter. O tym jaką przybierze formę decyduje przyjęty paradygmat, cel, a także praktyczna możliwość stosowania odpowiednich procedur</p>	
<p>Pytanie 9 Monitorowanie i ewaluacja</p>	<p>jw.</p>	<p>Poszczególne realizacje projektu nie muszą być jednorodne. Ewaluacja procesu (zwana także monitoringiem) może odpowiedzieć na pytanie: jak duże były to różnice i – ewentualnie – czy mieszczą się one w dopuszczalnych (wcześniej ustalonych) granicach. Ten rodzaj ewaluacji wykorzystywany też bywa do weryfikacji osiągania wskaźników realizacji zaplanowanych działań. Informacje jakie można gromadzić i analizować w ramach ewaluacji procesu odpowiadać mogą na trzy główne pytania: „kto?“, „co?“ i „jak?“.</p> <p>Ewaluacja procesu jest najbardziej elementarną formą oceny podejmowanych działań. Jej przedmiotem jest właśnie proces wdrażania projektu. W polu zainteresowania są (zaplanowane i niezaplanowane) działania mające związek z realizacją projektu podejmowane przez jego twórców, wykonawców i odbiorców oraz informacje o osobach zaangażowanych w projekt.</p> <p>Kto, czyli osoby będące bezpośrednimi (np. nauczyciele) i pośrednimi (ich uczniowie) odbiorcami projektu oraz realizatorzy działań. W zależności od potrzeb można gromadzić informacje dotyczące m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • charakterystyki socjodemograficznej uczestników i realizatorów, np. wiek, płeć, liczba dzieci, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, źródła dochodów, status materialny rodziny, informacje związane z obszarem problemowym, do którego odnosi się projekt (używanie substancji psychoaktywnych, przemoc, dysfunkcje 	<p>Ewaluacji programu może służyć weryfikacja stopnia osiągnięcia celów. Stopień ten weryfikowały będą odpowiednio sformułowane wskaźniki. Zwykle rekomenduje się, aby etap formułowania wskaźników poprzedzał realizację programu. Ustalanie ich w trakcie wdrażania zaplanowanych działań lub ex post, czyli po zakończeniu, może stwarzać ryzyko dostosowywania wskaźników do faktycznie zrealizowanego, a niezaplanowanego zakresu aktywności. Czasami jednak możliwa jest modyfikacja wskaźników w trakcie realizacji projektu – wówczas gdy zmianie ulega sam projekt, bo np. popełniono błędy podczas diagnozy, nie dość precyzyjnie określając potrzeby adresatów lub program przyjmuje do pewnego stopnia otwartą formułę, która dopuszcza dookreślenie pewnych obszarów projektu w trakcie jego wdrażania (na podstawie gromadzonych i na bieżąco analizowanych doświadczeń i danych). Należy jednak pamiętać, że modyfikacja wskaźników (ewentualnie -procedura ich modyfikacji) powinna być w sposób przekonujący uzasadniona i czytelna, inaczej można narazić się na zarzut nieuprawnianej manipulacji. Ewaluacja procesu może odpowiedzieć na pytanie: jak duże były to różnice w realizacji kolejnych edycji programu i- ewentualnie - czy mieszczą się one w dopuszczalnych (wcześniej ustalonych) granicach. Ten rodzaj ewaluacji wykorzystywany też bywa do weryfikacji osiągania wskaźników realizacji zaplanowanych działań. Informacje jakie można gromadzić i analizować w ramach ewaluacji procesu odpowiadać mogą na trzy główne pytania „kto?“ „co?“ i jak?</p>

		<p>psychospołeczne, itp.) i in.;</p> <ul style="list-style-type: none"> doświadczenia zawodowego realizatorów (szczególnie pod kątem kompetencji wiążących się z wdrażaniem programu); frekwencji na poszczególnych zajęciach/spotkaniach/warsztatach. <p>Co i jak, czyli zakres wdrażania programu. Gromadzone dane obejmować mogą m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> zakres realizacji poszczególnych elementów projektu (scenariuszy zajęć, bloków tematycznych, itp.); harmonogram wdrażania poszczególnych elementów programu; rodzaj i sposób wykorzystania materiałów (ulotki, broszury, prezentacje, nagrania, itp.); zaplecze techniczne – informacje o miejscu realizacji programu (zapewnienie odpowiednich warunków pracy), jakość obsługi, wyżywienia i in. <p>Gromadzone dane oprócz dokumentowania przebiegu realizacji projektu, kolejnych jego edycji, służyć mogą także wprowadzaniu modyfikacji w sposobie wdrażania poszczególnych działań (czyli przybierają charakter formatywny): harmonogramu, sposobu rekrutacji uczestników, doboru realizatorów, itp. Użyteczność tego wymiaru ewaluacji zwykle znacząco wzrasta wówczas, gdy prowadzona jest w sposób systematyczny – pozwalając na zestawianie danych z kolejnych lat. Niekiedy bowiem dopiero po pewnym czasie można zaobserwować trendy odnoszące się do realizacji programu („małe liczby” nie ujawniają „małych” zmian) i zauważyć, że np. osoby, które w ciągu kilku edycji zrezygnowały z uczestnictwa w projekcie miały zbliżoną charakterystykę socjodemograficzną lub że pewien moduł programu częściej niż inne nie był realizowany w całości. Ponadto, ewaluacja procesu może także dostarczyć wymiernych informacji, które mogą stać się podstawą do oceny efektywności.</p> <p>Zgodnie z tzw. postulatem jawności warsztatu naukowego (który ma zastosowanie także w studiach</p>	<p>Pod uwagę mogą zostać wzięte m.in. następujące wskaźniki odnoszące się do monitorowania przebiegu programu, ewaluacji procesu i wyniku oraz efektywności:</p> <ul style="list-style-type: none"> Liczba przeprowadzonych szkoleń w ramach programu polityki zdrowotnej dla personelu medycznego w danej społeczności lokalnej, Liczba godzin przeprowadzonych zajęć w ramach szkoleń, Liczba uczestników, którzy ukończyli ww. szkolenia, Liczba osób/uczestników szkolenia, które w swojej pracy zawodowej deklarują po szkoleniu wykorzystanie zdobytej wiedzy i umiejętności związanych z udzieleniem pomocy i wsparcia osobom używającym substancji psychoaktywnych, Poziom satysfakcji uczestników związanych z ich udziałem w szkoleniach realizowanych w ramach programu, Stopień realizacji szkoleń z przyjętymi założeniami, celami i przebiegiem, Stosunek kosztów zrealizowanych działań programu do liczby osób objętych programem z grup docelowych, Stopień realizacji celów programu z uwzględnieniem wskaźników wymienionych w pytaniu 8.
--	--	--	--

		<p>ewaluacyjnych) proces badawczy, dane i wnioski powinny być opisane w klarowny sposób. Nie wolno pomijać żadnych istotnych faktów (np. że z jakichś względów nie udało się zebrać zaplanowanej liczby ankiet) i danych (np. że w pewnej liczbie przypadków programu nie zrealizowano w całości).</p> <p>Kolejny podział odnosi się do statusu osób, które dokonują ewaluacji – czy są one zaangażowane w tworzenie i/lub wdrażanie projektu, czy nie? Jeśli tak, to mamy do czynienia z ewaluacją wewnętrzną, w przeciwnym razie – zewnętrzną.</p>	
--	--	--	--

Podsumowanie opinii ekspertów klinicznych:

- Zasadność realizacji PPZ w zakresie profilaktyki alkoholu, tytoniu i innych substancji uzależniających:
 - Eksperci są zgodni co do zasadności prowadzenia przez JST PPZ nakierowanych na profilaktykę uzależnień od substancji psychoaktywnych w związku z tym, że przyczyniają się one do wielu problemów zdrowotnych i życiowych [Zal 1-3]. Prowadzenie działań profilaktycznych przynosi, w krótszej lub dłuższej perspektywie czasowej, wymierne korzyści dla społeczeństwa m.in. zwiększenie poziomu wiedzy oraz świadomości ww. zakresie [Zal 1-3].
- Pozaedukacyjne interwencje w ramach programu:
 - Eksperci podkreślają, że poza edukacją osób narażonych na uzależnienia wskazane byłoby:
 - ograniczenie dostępu do substancji psychoaktywnych [Zal 1],
 - przeprowadzenie krótkiej interwencji antyżywkowej przez lekarza [Zal 3],
 - zastosowanie wizyt domowych (lub w miejscu przebywania) prowadzonych przez personel medyczny [Zal 3],
 - dysproporcji odpowiedzialności karnej w kontekście udostępniania substancji psychoaktywnych w zależności od grupy ryzyka i wieku osoby [Zal. 1],
 - wprowadzenie prewencji poprzez wizytę służb porządkowych w instytucjach publicznych jak szkoły, internaty oraz kolonie [Zal 1].
- Tematyka działań edukacyjnych:
 - Eksperci wskazują, że działania edukacyjne powinny obejmować swoją tematyką:
 - umiejętności interpersonalne [Zal 1],
 - obowiązujące normy prawne [Zal 3],
 - zdrowy styl życia [Zal 2],
 - szkodliwość używania substancji psychoaktywnych (alkoholu, tytoniu, narkotyków) [Zal 1],
 - umiejętności psychologiczne [Zal 2].
- Populacja docelowa:
 - Eksperci są zgodni, że populację docelową programów polityki zdrowotnej powinna stanowić populacja ogólna ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży [Zal 1-3].
- Forma i okres prowadzenia edukacji:
 - Kampanie medialne [Zal 1].
 - Szkolenia dla Rady Pedagogicznej [Zal 1].
 - Prowadzenie w szkole lekcji nt. wychowania zdrowotnego [Zal 2].
 - Rozwijanie umiejętności wychowawczych u rodziców [Zal 3].
 - Poradnictwo rodzinne i indywidualne [Zal. 2].
 - Rozwijanie umiejętności interpersonalnych u młodych odbiorców programu [Zal 3].
- Cele w ramach PPZ:
 - ograniczenie używania substancji psychoaktywnych lub utrzymania abstynencji w grupach docelowych programu/uczestników programu,
 - ograniczenie problemów zdrowotnych i społecznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych wśród odbiorców programu z grup do celowych,
 - wzrost umiejętności personelu medycznego w zakresie rozpoznawania i diagnozy problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych wśród pacjentów i prowadzenia krótkich interwencji,
 - trwałość uzyskanych zmian – utrzymywanie się efektów przez co najmniej dwa lata,
 - powtarzalność efektów w różnych grupach i warunkach,
 - opłacalność – stosunek uzyskanych efektów do poniesionych kosztów,

- proces przechodzenia programu do coraz wyższej kategorii – aż do osiągnięcia statusu modelowego – trwa kilka lat.
- Wskaźniki dla celów w ramach PPZ:
 - wyniki ustrukturyzowanych badań testowych porównujących populację poddaną działaniom profilaktycznym z populacją bez profilaktyki,
 - liczba osób używających substancji psychoaktywnych (alkoholu, tytoniu, narkotyków) w sposób okazjonalny, problemowy/szkodliwy oraz osób uzależnionych w grupach docelowych wśród uczestników programu przez personel medyczny,
 - liczba przeprowadzonych krótkich interwencji zgodnie z procedurą przez personel medyczny, w tym zakończonych sukcesem rozumianym jako ograniczenie używania albo utrzymanie abstynencji,
 - liczba wizyt domowych personelu medycznego u kobiet w ciąży i matek z grupy ryzyka,
 - wyniki testów wiedzy przeprowadzonych wśród personelu medycznego biorącego udział w programie obejmujących swoim zakresie m.in. wiedzę na temat rozpoznawania i diagnozy problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, testów przesiewowych, przebiegu etapów krótkich interwencji z wykorzystaniem metody dialogu motywującego, profilaktykę opartą na naukowych podstawach,
 - liczba osób z grup docelowych programów, które zostały poinformowane przez personel medyczny o formach pomocy i miejscach w danej społeczności lokalnej, gdzie można ją uzyskać,
 - liczba przeprowadzonych szkoleń w ramach programu polityki zdrowotnej dla personelu medycznego w danej społeczności lokalnej,
 - liczba godzin przeprowadzonych zajęć w ramach szkoleń,
 - liczba uczestników, którzy ukończyli ww. szkolenia,
 - liczba osób/uczestników szkolenia, które w swojej pracy zawodowej deklarują po szkoleniu wykorzystanie zdobytej wiedzy i umiejętności związanych z udzieleniem pomocy i wsparcia osobom używającym substancji psychoaktywnych,
 - poziom satysfakcji uczestników związanych z ich udziałem w szkoleniach realizowanych w ramach programu,
 - stopień realizacji szkoleń z przyjętymi założeniami, celami i przebiegiem,
 - stosunek kosztów zrealizowanych działań programu do liczby osób objętych programem/z grup docelowych.

6. Analiza kliniczna

6.1. Metodologia wyszukiwania dowodów naukowych

<Przedstawić, w jakim zakresie dane zagadnienie może być ocenione za pomocą metod HTA, jeśli istnieje możliwość oceny HTA – wykonać wyszukiwanie rekomendacji i badań, przedstawiając zasady wyszukiwania i wymieniając przeszukiwane źródła. W tym miejscu powinny zostać opisane kroki prowadzące do selekcji rekomendacji i dowodów naukowych włączonych do opracowania, jak: przeszukane źródła, kryteria włączenia/wykluczenia wg. PICOS, wyniki wyszukiwania oraz selekcji. Strategie wyszukiwania, schemat graficzny etapów wyszukiwania i selekcji w postaci diagramu zgodnego z zaleceniami QUOROM, tabele włączonych i wykluczonych publikacji (z podaniem przyczyn wykluczenia) – powinny być umieszczone w rozdziale „Załączniki” na końcu dokumentu – wówczas odpowiednie odesłanie powinno znaleźć się w tekście>

W opracowaniu uwzględniono dowody naukowe opublikowane w latach 2010-2020. Przeprowadzono wyszukiwanie w bazach Medline via PubMed, Embase (via OVID) oraz Cochrane Library, a także przeprowadzono wyszukiwanie w następujących źródłach: *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, *Australian Family Physician (AFP)*, *European Addiction Research (EAR)*, *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)*, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), *United States Preventive Services Task Force (USPSTF)*, *World Health Organization (WHO)*, *American Academy of Family Physicians (AAFP)*, *United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)*, Centers of Disease Control and Prevention (CDC), *European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP)*, The royal Australian College for General Practitioners (RACGP).

Przyjęto następujące kryteria włączenia do niniejszego raportu:

Populacja (P)	Nie ograniczono
Interwencja (I)	Badania przesiewowe, edukacja, profilaktyka uzależnień
Komparator (C)	Nie ograniczono
Efekty zdrowotne (O)	Nie ograniczono
Rodzaj badań (S)	Przeglądy systematyczne, metaanalizy, rekomendacje
Ograniczenia	Publikacje w języku angielskim lub polskim, publikacje z lat 2010-2020

Do analizy włączono łącznie 50 publikacji oraz 3 opinie ekspertów klinicznych:

- 24 przeglądy systematyczne/metaanalizy,
 - 24 z wyszukiwania (OConnor 2020, Kock, 2019, Matkin 2019, Beyer 2018, Kelly 2018, Behbod 2018, Stocking 2018, Hodder 2017, Boumparis 2017, Jiang 2017, Ganshawe 2017, Carney 2016, Paierson 2015, Kleijn 2015, Allara 2015, Angus 2014, Faggiano 2014, Foxcroft 2014, Penington 2013, Ferri 2013, Carson 2012, Aveyard 2011, Carson 2011, Lai 2010)
- 26 rekomendacji (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).

6.2. Ocena jakości włączonych badań wtórnych

Tabela 12. Ocena przeglądów systematycznych narzędziem AMSTAR2

Publikacja	Pytanie 2	Pytanie 4	Pytanie 7	Pytanie 9	Pytanie 11	Pytanie 13	Pytanie 15	Ocena
Meta. O'Connor 2020	Nie	Częściowo Tak	Nie	Nie	Tak	Nie	Tak	Krytyczna Niska
Meta. Matkin 2019	Tak	Częściowo Tak	Częściowo Tak	Częściowo Tak	Tak	Tak	Tak	Wysoka
Meta. Kock 2019	Tak	Częściowo Tak	Nie	Nie	Tak	Tak	Tak	Krytycznie Niska
Meta. Stockings 2018	Nie	Częściowo Tak	Tak	Tak	Częściowo Tak	Tak	Tak	Niska

Publikacja	Pytanie 2	Pytanie 4	Pytanie 7	Pytanie 9	Pytanie 11	Pytanie 13	Pytanie 15	Ocena
Meta. Kelly 2018	Tak	Tak	Nie	Tak	Tak	Nie	Tak	Krytycznie Niska
Przeg. Sys. Behbod 2018	Tak	Częściowo Tak	Częściowo Tak	Częściowo Tak	-	Tak	-	Wysoka
Meta. Beyer 2018	Nie	Nie	Nie	Częściowo Tak	Tak	Tak	Tak	Krytycznie Niska
Meta. Boumparis 2017	Tak	Częściowo Tak	Nie	Tak	Tak	Tak	Tak	Niska
Przeg. Sys. Jiang 2017	Częściowo Tak	Częściowo Tak	Nie	Nie	-	Nie	-	Krytycznie Niska
Meta. Fanshawe 2017	Tak	Tak	Częściowo Tak	Częściowo Tak	Tak	Tak	Tak	Wysoka
Meta. Hodder 2017	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Wysoka
Meta. Carney 2016	Tak	Częściowo Tak	Nie	Nie	Tak	Tak	Tak	Krytycznie Niska
Meta. Kleijn 2015	Tak	Częściowo Tak	Nie	Częściowo Tak	Tak	Tak	Tak	Niska
Meta. Peirson 2015	Częściowo Tak	Częściowo Tak	Nie	Częściowo Tak	Tak	Tak	Tak	Niska
Meat. Allara 2015	Częściowo Tak	Częściowo Tak	Nie	Częściowo Tak	Tak	Nie	Tak	Krytycznie Niska
Przeg. Sys. Angus 2014	Nie	Nie	Nie	Nie	-	Nie	-	Krytycznie Niska
Meta. Foxcroft 2014	Tak	Tak	Częściowo Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Wysoka
Meta. Faggiano 2014	Tak	Częściowo Tak	Częściowo Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Wysoka
Przeg. Sys. Pennington 2013	Nie	Częściowo Tak	Nie	Nie	-	Nie	-	Krytycznie Niska
Przeg. Sys. Ferri 2013	Częściowo Tak	Tak	Tak	Częściowo Tak	-	Tak	-	Wysoka
Meta. Carson 2012	Tak	Częściowo Tak	Częściowo Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Wysoka
Meta. Aveyard 2011	Nie	Nie	Tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Krytycznie Niska
Meta. Carson 2011	Tak	Częściowo Tak	Częściowo Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Wysoka
Meta. Lai 2010	Tak	Częściowo Tak	Częściowo Tak	Częściowo Tak	Tak	Tak	Tak	Wysoka

Domeny krytyczne: pytanie 2 – przygotowanie protokołu przed wykonaniem przeglądu systematycznego, pytanie 4 – wszechstronna strategia wyszukiwania, pytanie 7 – lista publikacji wykluczonych na podstawie analizy pełnego tekstu, pytanie 9 – zastosowanie odpowiedniej metody oceny błędu systematycznego, pytanie 11 – dobór właściwej metody dla przeprowadzenia metaanalizy, pytanie 13 – uwzględnienie indywidualnych ocen ryzyka błędu systematycznego uwzględnionych badań, pytanie 15 – uwzględnienie obecności błędów systematycznych publikacji i omówienie jego wpływ na wyniki. Jedno uchybienie w domenie krytycznej oznacza uzyskanie oceny „niska”, zaś dwa i więcej uchybień to ocena „krytycznie niska”. Jeśli w domenach niekrytycznych występują liczne uchybienia, to powodują one obniżenie oceny końcowej.

Narzędzie do krytycznej oceny przeglądów systematycznych AMSTAR2 pozwala na wyselekcjonowanie publikacji o najwyższej jakości. Takimi publikacjami są metaanalizy: Matkin 2019, Fanshawe 2017, Hodder 2017, Foxcroft 2014, Faggiano 2014, Carson 2012 i Carson 2011. Ponadto ocenę wysoką otrzymały przeglądy systematyczne: Behbod 2018, Ferri 2013 oraz Lai 2010.

Już jedno uchybienie w domenie krytycznej skutkuje obniżeniem oceny przeglądu systematycznego do wartości „niska”. Taka sytuacja miała miejsce w przypadku metaanaliz Stockings 2018, Boumparis 2017, Kleijn 2015 oraz Peirson 2015 gdzie zabrakło protokołu przed wykonaniem przeglądu systematycznego, lub listy publikacji wykluczonych na podstawie analizy pełnego tekstu. Ten brak powoduje niepełną transparentność w opracowywaniu wyników metaanaliz oraz brak możliwości identyfikacji przyczyny odrzucenia nieuwzględnionych badań.

W Metaanalizie Oconnor 2020 nie zaprezentowano protokołu przed wykonaniem przeglądu systematycznego, nie załączono listy publikacji wykluczonych na podstawie analizy pełnego tekstu, nie zastosowano odpowiedniej metody oceny błędu systematycznego oraz nie uwzględniono indywidualnej oceny ryzyka błędu systematycznego uwzględnionych badań. W przypadku metaanalizy Kock 2019 nie załączono listy publikacji wykluczonych na podstawie analizy pełnego tekstu oraz nie zastosowano odpowiedniej metody oceny błędu systematycznego. W ramach Metaanalizy Kelly 2018 natomiast autorzy nie załączyli listy publikacji wykluczonych na podstawie analizy pełnego tekstu oraz nie uwzględnili indywidualnej oceny ryzyka błędu systematycznego w uwzględnionych badaniach. W metaanalizie Beyer 2018 nie zaprezentowano protokołu przed wykonaniem przeglądu systematycznego, nie załączono listy publikacji wykluczonych na podstawie analizy pełnego tekstu oraz nie zaprezentowano wszechstronnej strategii wyszukiwania. W przypadku przeglądu systematycznego Jiang 2017 nie załączono listy publikacji wykluczonych na podstawie analizy pełnego tekstu, nie zastosowano odpowiedniej metody oceny błędu systematycznego oraz nie uwzględniono indywidualnej oceny ryzyka błędu systematycznego uwzględnionych badań. W metaanalizie Carney 2016 autorzy nie załączyli listy publikacji wykluczonych na podstawie analizy pełnego tekstu oraz nie zastosowali odpowiedniej metody oceny błędu systematycznego. W metaanalizie Allara 2015 nie zaprezentowano listy publikacji wykluczonych na podstawie analizy pełnego tekstu oraz nie uwzględniono indywidualnej oceny ryzyka błędu systematycznego uwzględnionych badań. W przeglądzie systematycznym Angus 2014 dopuszczono się wszelkich uchybień w zakresie domeny krytycznej. W przypadku Przeglądu systematycznego Pennington 2013 zapewniono wyłącznie wszechstronną strategię wyszukiwania, podczas gdy pozostałe elementy domeny krytycznej nie zostały zapewnione. W metaanalizie Aveyard 2011 nie zapewniono odpowiedniego protokołu przez realizacją przeglądu systematycznego, nie zapewniono wszechstronnej strategii wyszukiwania, nie zastosowano odpowiedniej metody oceny błędu systematycznego oraz nie uwzględniono indywidualnej oceny ryzyka błędu systematycznego uwzględnionych badań. Braki te skutkują utratą możliwości odtworzenia wyszukiwania, brakiem wglądu do pełnej historii prowadzonego przeglądu, powstaniem błędu systematycznego oraz może to prowadzić do wystąpienia błędu systematycznego związanego z poszczególnymi badaniami włączonymi do analizy. W efekcie ww. publikacja otrzymała ocenę krytycznie niską, czyli najniższą jaką można uzyskać w narzędziu AMSTAR2.

6.3. Wyniki analizy skuteczności i bezpieczeństwa

<Należy opisać odnalezione dowody naukowe dotyczące efektywności klinicznej i bezpieczeństwa działań wykorzystywanych w danym zagadnieniu>

Zgodnie z metodologią przedstawioną w rozdziale 6.1. do analizy włączono n=24 przeglądów systematycznych/metaanaliz (przeglądy/analizy włączone ze strategii wyszukiwania n=24).

6.3.1. Charakterystyka badań włączonych do analizy

Tabela 13. Charakterystyka badań wtórnych włączonych do analizy

Badanie	Metodyka	Interwencja	Populacja	Punkty końcowe
<p>O'Connor 2020¹²⁵</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>Agency for Healthcare Research and Quality US Department of Health and Human Services</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT, nierandomizowane badania kliniczne.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 29</p> <p>Cel badania: przegląd korzyści i szkód wynikających z interwencji zapobiegających zażywaniu narkotyków przez dzieci, młodzież i młodych dorosłych.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 2013r. do 2019r. – dla dzieci i młodzieży. Od 1992r. do 2019r. dla młodych dorosłych do 25 lat.</p>	<p>Interwencja:</p> <p>Behawioralna interwencja profilaktyczna.</p> <p>Komparator:</p> <p>Brak interwencji.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Młode osoby w wieku 10-24 lat. <p><u>Liczebność populacji:</u> 18 353</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nielegalne zażywanie narkotyków po zastosowaniu interwencji. Jakiegokolwiek użycie konopi indyjskich lub innych narkotyków po zastosowaniu interwencji.

¹²⁵ O'Connor, E., Thomas, R., Senger, C. A., Perdue, L., Robalino, S., & Patnode, C. (2020). Interventions to prevent illicit and nonmedical drug use in children, adolescents, and young adults: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, 323(20), 2067-2079.

Badanie	Metodyka	Interwencja	Populacja	Punkty końcowe
<p>Kock 2019¹²⁶</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> Cancer Research UK</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 42</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności interwencji dostosowanych do pozycji społeczno-ekonomicznej uczestników.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 18.08.2019 r.</p>	<p>Interwencja :</p> <p>Terapia poznawczo-behawioralna,</p> <p>Edukacja dotycząca zerwania z nałogiem w formie telefonicznej, osobistej oraz online.</p> <p>Komparator: Brak interwencji.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pacjenci w niekorzystnej sytuacji społeczno-ekonomicznej. <p><u>Liczebność populacji:</u> 26 168</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rzucenie palenia w okresie 6-ciu miesięcy po zakończonej interwencji.
<p>Matkin 2019¹²⁷</p> <p><u>Źródło finansowania:</u> National Institute for Health Research</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny, metaanalizy.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 104</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności porad telefonicznych we wsparciu osób palących w rzuceniu palenia</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 05.2018 r.</p>	<p>Interwencja:</p> <p>Porady telefoniczne nt. rzucenia palenia, w tym proaktywne lub reaktywne doradztwo.</p> <p>Komparatory: Brak interwencji.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nałogowi palacze, którzy skontaktowali się z infolinią. <p><u>Liczebność populacji:</u> 111 653</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Skuteczność porad telefonicznych w motywowaniu palaczy do rzucenia palenia przy często odbywających się rozmowach telefonicznych,. • Skuteczność porad telefonicznych w motywowaniu palaczy do rzucenia palenia przy jednorazowym połączeniu.

¹²⁶ Kock L., Brown J., Hiscock R., Tattan-Birch H., Smith Ch., Lion Shahab L. (2019). Individual-level behavioural smoking cessation interventions tailored for disadvantaged socioeconomic position: a systematic review and meta-regression. *Lancet Public Health* 2019; 4: e628–44.

¹²⁷ Matkin W, Ordóñez-Mena JM, Hartmann-Boyce J (2019). Telephone counselling for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 5.

Badanie	Metodyka	Interwencja	Populacja	Punkty końcowe
<p>Behbod 2018¹²⁸</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p><i>Australian National Health, Medical Research Council & Murdoch Children's Research Institute, and VicHealth</i></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 78</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności strategii, które zminimalizują narażenie dzieci na dym tytoniowy</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 02.2017 r.</p>	<p>Interwencja:</p> <p>Poradnictwo telefoniczne lub personalne,</p> <p>Wywiad motywacyjny,</p> <p>Edukacyjne wizyty domowe oraz broszury nt. skutków zdrowotnych narażenia dzieci na dym tytoniowy,</p> <p>Terapia nikotyno-zastępcza,</p> <p>Badanie moczu, krwi i śliny u dzieci pod względem obecności kotyniny.</p> <p>Komparatory:</p> <p>Standardowe postępowanie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Rodzice, którzy palą papierosy w otoczeniu dzieci od narodzin do 12 r.ż. dziecka. <p><u>Liczebność populacji:</u> nie określono</p>	<ul style="list-style-type: none"> Poziom narażenia dzieci na dym tytoniowy. Wchłanianość dymu poprzez badanie kotoniny w moczu, krwi, ślinie lub we włosach. Częstotliwość występowania chorób dziecięcych, w tym problemów z oddychaniem. Zachowania związane z paleniem, w tym zaprzestanie, redukcja lub absorpcja. Status palenia poporodowego u matki.
<p>Stockings 2018¹²⁹</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p><i>Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC)</i></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 63</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności interwencji na wpływ zmniejszenia szkód wynikających ze spożywania alkoholu.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem:</p>	<p>Interwencja:</p> <p>Test AUDIT ang. <i>The Alcohol Use Disorders Identification Test</i>,</p> <p>Wizyty kontrolne,</p> <p>Broszury edukacyjne,</p> <p>Krótkie porady antyalkoholowe,</p> <p>Medialne kampanie edukacyjne promujące wstrzeźliwość od alkoholu</p> <p>Szkolenia edukacyjne nt. abstynencji od alkoholu</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ogólna, spożywająca alkohol. <p><u>Liczebność populacji:</u> 249 125</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ograniczenie szkodliwego picia alkoholu w miejscu pracy. Skuteczność interwencji w identyfikacji osób uzależnionych od alkoholu.

¹²⁸ Behbod B, Sharma M, Baxi R, Roseby R, Webster P. (2018). Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 1.

¹²⁹ Stockings E., Bartlem K., Hall A., Hodder R., Gilligan C. Wiggers J., Sherker S., Wolfenden L. (2018) Whole-of-community interventions to reduce population-level harms arising from alcohol and other drug use: a systematic review and meta-analysis. Society for the Study of Addiction 113, 1984–2018

Badanie	Metodyka	Interwencja	Populacja	Punkty końcowe
	do 08.2017r.	w miejscach pracy. Komparatory: Standardowe postępowanie.		
Kelly 2018 ¹³⁰ <u>Źródło finansowania:</u> <i>National Institute for Health Research (NIHR)</i>	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA Rodzaj włączonych badań: RCT. Liczba uwzględnionych badań: 13 Cel badania: ocena skuteczności interwencji na ograniczenie spożycia alkoholu u osób w średnim wieku. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 08.2017 r.	Interwencja: Broszury edukacyjne, Spersonalizowane porady lekarskie z informacją zwrotną, Wywiad motywacyjny, Porady telefoniczne lub online, Prowadzenie dziennika spożywania alkoholu. Komparatory: opieka nad pacjentem przez opiekunkę lub krótkie porady lekarskie.	• Osoby w wieku >55 lat spożywające alkohol oraz/lub uzależnione od alkoholu. <u>Liczebność populacji:</u> 6 379	<ul style="list-style-type: none"> • Wpływ prowadzenia dziennika spożywanego alkoholu na samokontrolę spożywanej ilości alkoholu. • Skuteczność interwencji w identyfikacji osób uzależnionych od alkoholu. • Skuteczność ograniczenia spożycia alkoholu poprzez spersonalizowane porady lekarskie, zawierające informację zwrotną.
Beyer 2018 ¹³¹ <u>Źródło finansowania:</u> brak	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA Rodzaj włączonych badań: RCT. Liczba uwzględnionych badań: 69 Cel badania: ocena skuteczności badań przesiewowych oraz krótkiej interwencji na ograniczenie	Interwencja: Krótka interwencja antyuzywkowa, obejmująca pięć sesji, Badanie gamma glutamylotransferazy w surowicy, Badanie średniej objętości krwinek, Wizyty kontrolne, Badanie przesiewowe - Test	• Osoby w trakcie terapii antyalkoholowej w POZ. <u>Liczebność populacji:</u> 33 642	<ul style="list-style-type: none"> • Spożycie alkoholu, mierzone w gram/tydzień, po zastosowaniu interwencji. • Skuteczność krótkich interwencji w obniżaniu spożycia alkoholu w populacji docelowej. • Odsetek osób pijących intensywnie. • Liczba epizodów intensywnego picia na tydzień po zastosowaniu interwencji lekarskiej. • Liczba wykonanych badań

¹³⁰ KELLY S., OLANREWAJU O., COWAN A., BRAYNE C., LAFORTUNE L. (2018). Interventions to prevent and reduce excessive alcohol consumption in older people: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing* 2018; 47: 175–184.

¹³¹ F.R. Beyer^{1*}, F. Campbell², N. Bertholet³, J.B. Daeppen³, J.B. Saunders⁴, E.D. Pienaar⁵, C.R. (2018) Brief interventions in primary care for hazardous and harmful alcohol consumption: meta-analytic summary of three decades of research to inform clinical practice. *Alcohol and Alcoholism*. ISSN 0735-0414

Badanie	Metodyka	Interwencja	Populacja	Punkty końcowe
	szkodliwego picia alkoholu. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 09.2017 r.	AUDIT ang. <i>The Alcohol Use Disorders Identification Test</i> . Komparatory: standardowe postępowanie.		przesiewowych • Zmniejszenie poziomu spożycia alkoholu w populacji.
Boumparis 2017 ¹³² <u>Źródło finansowania:</u> brak	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA Rodzaj włączonych badań: RCT. Liczba uwzględnionych badań: 17 Cel badania: analiza skuteczności interwencji internetowych na zmniejszenie ilości zażywanych opioidów i innych substancji nielegalnych. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do stycznia 2016 r.	Interwencja: Internetowa interwencja profilaktyczna. Komparator: Standardowe postępowanie. Brak interwencji.	Osoby dorosłe przyjmujące nielegalne substancje, takie jak: • kokaina, • amfetamina, • opioidy • inne nielegalne substancje. <u>Liczebność populacji:</u> 2 836	Zmniejszenie ilości zażywania substancji nielegalnych na podstawie: • badania toksykologicznego, • sprawozdania własnego • oceny następczej.
Hodder 2017 ¹³³ <u>Źródło finansowania:</u> <i>University of Newcastle Priority Research Centre</i>	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA Rodzaj włączonych badań: RCT. Liczba uwzględnionych badań: 19 Cel badania: ocena skuteczności programów	Interwencja: Szkolne zasady zakazu picia alkoholu, Lekcje informacyjno-educacyjne nt. skutków ubocznych picia alkoholu, Szkolenia nakierunkowane na umiejętności interpersonalne pozwalające uczniowi	• Uczniowie w wieku od 5 do 18 r.ż. <u>Liczebność populacji:</u> 51 867	• Wpływ szkoleń na zwiększone umiejętności interpersonalne. • Wpływ zwiększonej wiedzy nt. szkodliwości palenia papierosów, na zmniejszenie ich zażywania. • Skuteczność programów szkolnych w połączeniu z kontrolą rodzicielską w ograniczaniu spożycia alkoholu wśród młodzieży.

¹³² Boumparis, N., Karyotaki, E., Schaub, M. P., Cuijpers, P., & Riper, H. (2017). Internet interventions for adult illicit substance users: A meta-analysis. *Addiction*, 112(9), 1521-1532.

¹³³ Hodder R.K., Freund M., Wolfenden L., Bowman J., Nepal S., Dray J, Kingsland M, Lin Yoong Sz., Wiggers J. Systematic review of universal school-based 'resilience' interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit substance use: A meta-analysis. *Preventive Medicine* S0091-7435(17)30123-8

Badanie	Metodyka	Interwencja	Populacja	Punkty końcowe
	szkolnych nt. zapobiegania rozpowszechniania alkoholu oraz wyłonienie jednej skutecznej interwencji dot. zapobiegania rozpowszechniania alkoholu wśród badanej grupy wiekowej. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 07.11.2016 r.	odmówić spożycia alkoholu, Kontrola rodzicielska nad dzieckiem. Komparatory: standardowe postępowanie.		
Jiang 2017 ¹³⁴ <u>Źródło finansowania:</u> <i>Research Grants Council, Hong Kong SAR</i>	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA Rodzaj włączonych badań: RCT. Liczba uwzględnionych badań: 25 Cel badania: ocena skuteczności wywiadu motywacyjnego w zapobieganiu alkoholizmowi. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 01.2016 r.	Interwencja: Wywiad motywacyjny prowadzony telefonicznie przez personel medyczny, Poradnictwo za pośrednictwem Internetu i wiadomości tekstowych, Terapia behawioralna, Wspomagające sesje terapeutyczne, Konsultacje kontrolne. Komparatory: standardowe postępowanie.	• Osoby nadużywające alkoholu. <u>Liczebność populacji:</u> 9 920	• Wywiad motywacyjny jako interwencja wspierająca zapobieganie alkoholizmowi. • Telefoniczne porady jako alternatywna profilaktyka dot. nadużycia alkoholu.
Fanshawe 2017 ¹³⁵ <u>Źródło finansowania:</u> <i>NIHR HTA</i>	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA Rodzaj włączonych badań: RCT, quasi- RCT. Liczba uwzględnionych	Interwencja: Terapia nikotyno-zastępcza, Poradnictwo indywidualne, telefoniczne, internetowe lub grupowe, Materiały edukacyjne	• Nastoletnie osoby, palące papierosy. <u>Liczebność populacji:</u> 13 000	• Stan palenia papierosów wśród nastolatków. • Stosowanie 6-miesięcznego okresu abstynencji przez pacjentów.

¹³⁴ Jiang S., Wu L., Gao X. (2017). Beyond face-to-face individual counseling: A systematic review on alternative modes of motivational interviewing in substance abuse treatment and prevention. *Addictive Behaviors* 73 (2017) 216–235

¹³⁵ Fanshawe TR, Halliwell W, Lindson N, Aveyard P, Livingstone-Banks J, Hartmann-Boyce J (2017). Tobacco cessation interventions for young people (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 11.

Badanie	Metodyka	Interwencja	Populacja	Punkty końcowe
	<p>badań: 41</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności strategii, które pomagają młodym ludziom rzucić palenie tytoniu.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 06.2017r.</p>	<p>np. broszury,</p> <p>Terapia poznawczo-behawioralna,</p> <p>Wywiad motywacyjny.</p> <p>Komparatory:</p> <p>Interwencja behawioralna.</p>		
<p>Carney 2016¹³⁶</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>brak</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 6</p> <p>Cel badania: ocena efektywności krótkich interwencji szkolnych na ograniczenie lub zaprzestania spożywania alkoholu.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 02.2015 r.</p>	<p>Interwencja:</p> <p>Wizyty kontrolne,</p> <p>Terapia behawioralna,</p> <p>Krótkie porady edukacyjne.</p> <p>Komparatory:</p> <p>standardowe postępowanie lub udzielenie podstawowych informacji na temat uzależnienia od alkoholu.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Młodzież szkolna, spożywająca alkohol. <p><u>Liczebność populacji:</u> 1 176</p>	<ul style="list-style-type: none"> Zmniejszona częstotliwość spożywania alkoholu na skutek interwencji. Poprawa umiejętności odmowy alkoholu wśród nastolatków w porównaniu z grupą kontrolną po zastosowaniu porady edukacyjnej. Liczba nastolatków pijąca alkohol po zastosowaniu interwencji.
<p>Kleijn 2015¹³⁷</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p>US Department of Veterans Affairs & Dutch Association of Female Doctors</p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IB</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 37</p>	<p>Interwencja:</p> <p>Wieloskładnikowy program szkolny nt. zapobiegania palenia papierosów obejmujący: plakaty, konkursy, pokazy, targi promujące zdrowie,</p> <p>Szkolne zakazy palenia</p>	<ul style="list-style-type: none"> Dziewczynki poniżej 18 r.ż., narażone na palenie papierosów. <p><u>Liczebność populacji:</u> 24 210</p>	<ul style="list-style-type: none"> Wpływ zdobytych umiejętności interpersonalnych na odmowę palenia papierosa. Skuteczność programów szkolnych w połączeniu z pozaszkolnymi kampaniami edukacyjnymi w zakresie palenia tytoniu.

¹³⁶ Carney T, Myers BJ, Louw J, Okwundu CI (2016). Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 1. Art. No.: CD008969.

¹³⁷ de Kleijn, M. J.J., Farmer M. M., Booth M., Motala A., Smith A., Sherman S., Shekelle W.J.J. A. and P. (2015). Systematic review of school-based interventions to prevent smoking for girls. *de Kleijn et al. Systematic Reviews* (2015) 4:109

Badanie	Metodyka	Interwencja	Populacja	Punkty końcowe
(VNVA)	<p>Cel badania: zbadanie wpływu szkolnych programów antynikotynowych na palenie papierosów wśród dziewczynek.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 01.01.1992 do 22.01.2015 r.</p>	<p>tytoniu,</p> <p>Działania informacyjno- edukacyjne nt. palenia papierosów,</p> <p>Pozaszkolne kampanie edukacyjne promujące rzucenie palenia.</p> <p>Komparatory: standardowe postępowanie.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Wpływ osób medialnych na tendencję do rzucenia palenia papierosów wśród młodych kobiet. • Wyłonienie skutecznej interwencji dot. zapobiegania palenia papierosów wśród dziewczynek. • Ocena skuteczności programów szkolnych nt. zapobiegania palenia wśród dziewczynek.
<p>Allara 2015¹³⁸ <u>Źródło finansowania:</u> <i>Medical Research Council-UK</i></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT, badania kliniczno-kontrolne i przekrojowe.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 19</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności kampanii medialnych w ograniczaniu nielegalnego zażywania substancji psychoaktywnych oraz zamiaru ich zażycia.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 1861 do 2013.</p>	<p>Interwencja: Profilaktyczna kampania medialna.</p> <p>Komparator: Brak interwencji.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Osoby w wieku poniżej 26 lat. <u>Liczebność populacji:</u> 184 811 	<ul style="list-style-type: none"> • Zażywanie marihuany w ciągu ostatnich 30 dni od obejrzenia kampanii medialnej. • Zamiar użycia substancji psychoaktywnej po zastosowaniu interwencji.
<p>Peirson 2015¹³⁹ <u>Źródło finansowania:</u> <i>Public Health Agency</i></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p>	<p>Interwencja: Terapia poznawczo-behawioralna,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dzieci i młodzież w wieku między 5- 18 r.ż., palące papierosy lub narażone na ich zażywanie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej prowadzonej w POZ w ograniczeniu palenia papierosów,

¹³⁸ Allara, E., Ferri, M., Bo, A., Gasparrini, A., & Faggiano, F. (2015). Are mass-media campaigns effective in preventing drug use? A Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 5(9).

¹³⁹ Peirson L., Usman Ali M., Kenny M., Parminder Raina P., Sherifali D. Interventions for prevention and treatment of tobacco smoking in school-aged children and adolescents: A systematic review and meta-analysis, L. Peirson et al. / Preventive Medicine 85 (2015) 20–31

Badanie	Metodyka	Interwencja	Populacja	Punkty końcowe
<p><i>of Canada (PHAC)</i></p>	<p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 9</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności interwencji stosowanych w POZ w ramach leczenia i zaprzestania palenia papierosów w populacji dzieci i młodzieży.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 30.01.2012 do 15.04.2015 r.</p>	<p>Krótkie porady udzielane przez lekarza,</p> <p>Edukacja.</p> <p>Komparatory:</p> <p>Standardowe postępowanie.</p>	<p><u>Liczebność populacji:</u> 13 427</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rozpowszechnienie palenia papierosów wśród nastolatków.
<p>Faggiano 2014¹⁴⁰</p> <p><u>Źródło finansowania:</u></p> <p><i>National Fund Against Drug</i></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.</p> <p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT, badanie kliniczno-kontrolne.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 51</p> <p>Cel badania: ocena skuteczności powszechnych interwencji szkolnych w ograniczaniu używania narkotyków, w porównaniu ze zwykłymi zajęciami programowymi lub brakiem interwencji.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 2013 r.</p>	<p>Interwencja:</p> <p>Szkolna uniwersalna interwencja profilaktyczna.</p> <p>Komparator:</p> <p>Brak interwencji.</p> <p>Standardowe postępowanie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uczniowie szkół podstawowych lub średnich. <p><u>Liczebność populacji:</u> 127 146</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zażywanie przed i po upływie 12 miesięcy od interwencji narkotyków tj.: <ul style="list-style-type: none"> ○ marihuany, ○ „twardych narkotyków” (heroina, kokaina, crack), ○ innych substancji psychoaktywnych. • Poziom wiedzy dotyczącej szkodliwości substancji psychoaktywnych. • Zamiar zażywania: <ul style="list-style-type: none"> ○ marihuany, ○ „twardych narkotyków” (heroina, kokaina, crack), ○ innych substancji psychoaktywnych.

¹⁴⁰ Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E., & Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).

Badanie	Metodyka	Interwencja	Populacja	Punkty końcowe
Foxcroft 2014¹⁴¹ <u>Źródło finansowania:</u> brak	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA Rodzaj włączonych badań: RCT. Liczba uwzględnionych badań: 66 Cel badania: określenie wpływu zmiany długości trwania interwencji motywacyjnej na ograniczenie spożywania alkoholu. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 10.2013	Interwencja: Wywiad motywacyjny, Wizyty kontrolne, Edukacja. Komparatory: Brak interwencji. Standardowe postępowanie.	<ul style="list-style-type: none"> Młodzież do 25 r.ż. <u>Liczebność populacji:</u> 17 901	<ul style="list-style-type: none"> Ilości spożywanego alkoholu po 4 miesiącach od zastosowania interwencji motywacyjnej. Liczba dni w tygodniu, w których spożywa się alkohol. Odsetek młodzieży pijący alkohol po zastosowaniu interwencji.
Angus 2014¹⁴² <u>Źródło finansowania:</u> European Union's Seventh Framework Pro-gram	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny. Klasyfikacja AOTMiT: IIIA Rodzaj włączonych badań: przeglądy analiz ekonomicznych. Liczba uwzględnionych badań: 23 Cel badania: ocena opłacalności i skuteczności badań przesiewowych i krótkich interwencji pod kątem nadmiernego spożycia alkoholu w POZ. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem:	Interwencja: Wywiad motywacyjny, Krótka porada lekarska, Narzędzie badań przesiewowych - AUDIT ang. The Alcohol Use Disorders Identification Test, Edukacja nt. nadmiernego spożywania alkoholu, Oportunistyczne porady lekarskie. Komparator: Brak interwencji.	<ul style="list-style-type: none"> Ogólna, spożywająca alkohol. <u>Liczebność populacji:</u> nie określono	<ul style="list-style-type: none"> Opłacalność badań przesiewowych stosowanych w POZ. Skuteczność badań przesiewowych pod kątem wykrycia nadmiernego spożycia alkoholu.

¹⁴¹ Foxcroft DR, Coombes L, Wood S, Allen D, Santimano A. NML (2014). Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 8. Art. No.: CD007025.

¹⁴² Angus C., Latimer N., Louise Preston N., Li J., Purshouse R. (2014). What are the implications for policy makers? A systematic review of the cost-effectiveness of screening and brief interventions for alcohol misuse in primary care. *Frontiers in Psychiatry*. Volume 5 | Article 114.

Badanie	Metodyka	Interwencja	Populacja	Punkty końcowe
	do 04.2014 r.			
<p>Ferri 2013¹⁴³ <u>Źródło finansowania:</u> <i>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Portugal</i></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny. Klasyfikacja AOTMiT: IIIA Rodzaj włączonych badań: RCT, badania kliniczno-kontrolne i przekrojowe. Liczba uwzględnionych badań: 23 Cel badania: ocena skuteczności kampanii medialnych w zapobieganiu używaniu lub zapobieganiu zamiarowi używania nielegalnych substancji wśród młodzieży. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 2013 r.</p>	<p>Interwencja: Profilaktyczna kampania medialna. Komparator: Brak interwencji. Niższa ekspozycja na interwencję. Standardowe postępowanie.</p>	<p>• Osoby w wieku poniżej 26 lat. <u>Liczebność populacji:</u> 188 934</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zażywanie nielegalnych substancji psychoaktywnych zgłaszane przez uczestników lub oceniane poprzez biomarkery. • Postawa wobec nielegalnego używania substancji psychoaktywnych. • Poziom wiedzy o wpływie substancji psychoaktywnych na zdrowie. • Zrozumienie zamierzonego przesłania i celów. • Postrzeganie norm rówieśniczych i nielegalnego używania substancji psychoaktywnych. • Niekorzystne skutki wywołane kampanią (zaprzeczenie panującym normom, zwiększone postrzeganie używania narkotyków przez rówieśników).
<p>Pennington 2013¹⁴⁴ <u>Źródło finansowania:</u> <i>National Institute for Health Research (NIHR)</i></p>	<p>Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny. Klasyfikacja AOTMiT: IIIA Rodzaj włączonych badań: przeglądy analiz ekonomicznych. Liczba uwzględnionych badań: 24. Cel badania: ocena opłacalności doradztwa nt. zdrowego stylu życia</p>	<p>Interwencja: Edukacja nt. zdrowego stylu życia w tym rzucenie palenia papierosów, Edukacja behawioralna w formie telefonicznej lub personalnej, Doradztwo informacyjno-społeczne nt. odbywania systematycznych badań kontrolnych.</p>	<p>• Osoby dorosłe, które pochodzą z regionów nisko rozwiniętych oraz o niskim statusie społeczno – ekonomicznym. <u>Liczebność populacji:</u> nie określono.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Opłacalność doradztwa nt. zdrowego stylu życia dotyczące określonych zachowań, w tym rzucaniu palenia. • Poprawa stylu życia.

¹⁴³ Ferri, M., Allara, E., Bo, A., Gasparrini, A., & Faggiano, F. (2013). Media campaigns for the prevention of illicit drug use in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).

¹⁴⁴ Pennington M., Visram S., Donaldson C., M White M., Lhussier M., Deane K., Forster N., M Carr S. (2013). Cost-effectiveness of health-related lifestyle advice delivered by peer or lay advisors: synthesis of evidence from a systematic review. Pennington et al. Cost Effectiveness and Resource Allocation 2013,

Badanie	Metodyka	Interwencja	Populacja	Punkty końcowe
	Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 09.2008 do 09. 2011 r.	Komparatory: Brak interwencji.		
Carson 2012 ¹⁴⁵ <u>Źródło finansowania:</u> brak	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA Rodzaj włączonych badań: RCT. Liczba uwzględnionych badań: 17 Cel badania: ocena skuteczności szkoleń dla personelu medycznego nt. rzucenia palenia papierosów. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 03.2012 r.	Interwencja: Szkolenia dla personelu medycznego w zakresie pacjentów uzależnionych od palenia papierosów, Nikotynowa terapia zastępcza, Wizyty kontrolne, Broszury edukacyjne, Krótkie porady antynikotynowe. Komparatory: standardowe postępowanie.	<ul style="list-style-type: none"> Pracownicy służby zdrowia, którzy mieli styczność z pacjentami uzależnionymi od papierosów. <u>Liczebność populacji:</u> 28 531	<ul style="list-style-type: none"> Odsetek osób, którzy zerwali z nałogiem na skutek prowadzonych interwencji. Skuteczność edukacji personelu medycznego nt. profilaktyki uzależnień od nikotyny na tendencje pacjentów do rzucenia palenia tytoniu. Zwiększona liczba wizyt kontrolnych. Identyfikacja osób palących. Zwiększenie odsetka personelu medycznego przeszkolonych na temat profilaktyki palenia tytoniu. Odsetek osób kontynuujących abstynencję.
Aveyard 2011 ¹⁴⁶ <u>Źródło finansowania:</u> <i>National Institute for Health Research (NIHR)</i>	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA Rodzaj włączonych badań: RCT. Liczba uwzględnionych badań: 13 Cel badania: skuteczność porad lekarskich w zaprzestaniu palenia papierosów	Interwencja: Oportunistyczne porady lekarskie, Nikotynowa terapia zastępcza, Wsparcie behawioralne. Komparatory: Standardowe postępowanie.	<ul style="list-style-type: none"> Palacze z brakiem motywacji do zerwania z nałogiem. <u>Liczebność populacji:</u> nie określono	<ul style="list-style-type: none"> Skuteczność porad medycznych przy ograniczaniu lub rzuceniu nałogu. Odsetek prób rzucenia palenia na skutek konsultacji lekarskiej. Odsetek osób, które zerwały z nałogiem na skutek zastosowania interwencji.

¹⁴⁵ Carson, K. V., Verbiest, M. E., Crone, M. R., Brinn, M. P., Esterman, A. J., Assendelft, W. J., & Smith, B. J. (2012). Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*.

¹⁴⁶ Aveyard P., Begh R., Parsons A., West R.,(2011). Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Society for the Study of Addiction*, 107, 1066–1073

Badanie	Metodyka	Interwencja	Populacja	Punkty końcowe
	Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 10.2008 do 02.2011 r.			
Carson 2011¹⁴⁷ <u>Źródło finansowania:</u> brak	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA Rodzaj włączonych badań: RCT, Liczba uwzględnionych badań: 25 Cel badania: ocena skuteczności wieloskładnikowych interwencji na zaprzestanie palenia wśród młodych osób. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 19.08.2010 r.	Interwencja: Szkolne programy profilaktyczne, Szkolenie dla sprzedawców wyrobów tytoniowych nt. ograniczeń wiekowych, Kampanie profilaktyczne (radiowe i telewizyjne), Szkolny zakaz palenia tytoniu, Badanie poziomu tiocyjanianu w ślinie, Prowadzenie młodzieżowych klubów antynikotynowych, Badanie wydechowe na obecność pęcherzyków tlenu węgla, Edukacyjne programy profilaktyczne dla rodzin, Porady behawioralno-poznawcze. Komparatory: Standardowe postępowanie.	<ul style="list-style-type: none"> Osoby palące lub narażone na palenie papierosów w wieku <25 lat. <u>Liczebność populacji:</u> nie określono.	<ul style="list-style-type: none"> Krótkoterminowe zmniejszenie liczby osób palących po zastosowaniu interwencji. Liczba osób palących w związku z zastosowaniem interwencji. Rozpowszechnienie palenia papierosów wśród dzieci i młodych dorosłych.
Lai 2010¹⁴⁸ <u>Źródło finansowania:</u>	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą.	Interwencja: Wywiad motywacyjny,	<ul style="list-style-type: none"> Osoby uzależnione od palenia papierosów. 	<ul style="list-style-type: none"> Skuteczność wydłużonego wywiadu motywacyjnego w zmniejszaniu liczby osób palących wyroby tytoniowe.

¹⁴⁷ Carson KV., Brinn MP., Labiszewski NA, Esterman AJ., Chang AB., Smith BJ. (2011). Community interventions for preventing smoking in young people (Review). *he Cochrane Library* 2011, Issue 7

¹⁴⁸ Lai DTC, Cahill K, Qin Y, Tang JL (2010) Motivational interviewing for smoking cessation (Review). *The Cochrane Library* 2011, Issue 10

Badanie	Metodyka	Interwencja	Populacja	Punkty końcowe
brak	<p>Klasyfikacja AOTMiT: IA</p> <p>Rodzaj włączonych badań: RCT.</p> <p>Liczba uwzględnionych badań: 14</p> <p>Cel badania: określenie efektów wywiadu motywacyjnego w promowaniu rzucenia palenia.</p> <p>Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 04.2009 r.</p>	<p>Kontrolne wizyty obserwacyjne oraz edukacyjne,</p> <p>Porady telefoniczne.</p> <p>Komparatory:</p> <p>Standardowe postępowanie.</p>	<p><u>Liczebność populacji:</u> 10 000</p>	<ul style="list-style-type: none"> Wykształcenie się abstynencji nikotynowa po 6 miesiącach od zastosowania interwencji. Skuteczność wywiadu motywacyjnego udzielanego przez lekarza POZ lub specjalistę ds. uzależnień w motywowaniu osób palących do podjęcia próby rzucenia palenia.

6.3.2. Wyniki analizy skuteczności

Tabela 14. Wyniki metaanaliz i przeglądów systematycznych włączonych do analizy w zakresie profilaktyki uzależnień od tytoniu

Metaanaliza/ Przegląd systematyczny	Wyniki (liczba badań, n=liczba uczestników)			
	Wpływ interwencji na tendencje do rzucenia lub ograniczenia palenia	Wpływ interwencji na podjęcie próby rzucenia palenia	Wpływ szkoleń personelu medycznego na osoby palące tytoń	Ograniczenie lub powstrzymanie palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży
Kock 2019 ¹⁴⁹	<u>Dopasowana do potrzeb interwencja behawioralna</u> RR 1,56 [95%CI: (1,39-1,75)] (42 badania; n=26 228)	-	-	-
Matkin 2019 ¹⁵⁰	<u>Proaktywne porady telefoniczne dla palaczy korzystających z telefonów zaufania</u> RR 1,25 [95%CI: (1,15-1,35)] (14 badań; n=31 484)	-	-	-
	<u>Proaktywne porady telefoniczne dla palaczy nie korzystających z telefonów zaufania</u> RR 1,38 [95%CI: (1,19-1,61)] (14 badań; n=31 484)	-	-	-
Behbod 2018 ¹⁵¹	-	-	-	<u>Wielowymiarowe konsultacje</u> Autorzy stwierdzają, że zastosowanie interwencji na rodzinach prowadzi do większego prawdopodobieństwa wprowadzenia w domach całkowitego zakazu palenia tytoniu (7 badań; n=2 880)

¹⁴⁹ Kock, L., Brown, J., Hiscock, R., Tattan-Birch, H., Smith, C., & Shahab, L. (2019). Individual-level behavioural smoking cessation interventions tailored for disadvantaged socioeconomic position: a systematic review and meta-regression. *The Lancet Public Health*, 4(12), e628-e644.

¹⁵⁰ Matkin, W., Ordóñez-Mena, J. M., & Hartmann-Boyce, J. (2019). Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*, (5).

¹⁵¹ Behbod, B., Sharma, M., Baxi, R., Roseby, R., & Webster, P. (2018). Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).

Metaanaliza/ Przegląd systematyczny	Wyniki (liczba badań, n=liczba uczestników)			
	Wpływ interwencji na tendencje do rzucenia lub ograniczenia palenia	Wpływ interwencji na podjęcie próby rzucenia palenia	Wpływ szkoleń personelu medycznego na osoby palące tytoń	Ograniczenie lub powstrzymanie palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży
				<u>Konsultacje typu face to face</u> Autorzy stwierdzają, że zastosowanie interwencji na rodzinach prowadzi do większego prawdopodobieństwa wprowadzenia w domach całkowitego zakazu palenia tytoniu (6 badań; n=1 001)
Fanshawe 2017 ¹⁵²	<u>Indywidualne konsultacje</u> RR 1,07 [95%CI: (0,83-1,39)] (7 badań; n=2 088) <u>Konsultacje grupowe</u> RR 1,35 [95%CI: (1,03-1,77)] (9 badań; n=1 910) <u>Wiadomości elektroniczne</u> RR 0,79 [95%CI: (0,50-1,24)] (3 badania; n=340)	-	-	-
Kleijn 2015 ¹⁵³	-	-	-	<u>Edukacja i interwencje profilaktyczne prowadzone w szkołach</u> RR 0,96 [95%CI: (0,86-1,08)] (16 badań; n=28 099)

¹⁵² Fanshawe, T. R., Halliwell, W., Lindson, N., Aveyard, P., Livingstone-Banks, J., & Hartmann-Boyce, J. (2017). Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).

¹⁵³ de Kleijn, M. J., Farmer, M. M., Booth, M., Motala, A., Smith, A., Sherman, S., ... & Shekelle, P. (2015). Systematic review of school-based interventions to prevent smoking for girls. *Systematic reviews*, 4(1), 1-12.

Metaanaliza/ Przegląd systematyczny	Wyniki (liczba badań, n=liczba uczestników)			
	Wpływ interwencji na tendencje do rzucenia lub ograniczenia palenia	Wpływ interwencji na podjęcie próby rzucenia palenia	Wpływ szkoleń personelu medycznego na osoby palące tytoń	Ograniczenie lub powstrzymanie palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży
Peirson 2015 ¹⁵⁴	-	-	-	<u>Interwencje profilaktyczne ogółem</u> RR 0,82 [95%CI: (0,72-0,94)] (7 badań; n=15 545)
Carson 2012 ¹⁵⁵	-	-	<u>Punktowe rozpowszechnienie palenia</u> OR 1,41 [95%CI: (1,13-1,77)] (14 badań; n=13 459) <u>Kontynuacja abstynencji</u> OR 1,60 [95%CI: (1,26-2,03)] (8 badań; n=9 443) <u>Liczba palaczy poddanych konsultacjom</u> OR 2,28 [95%CI: (1,58-3,27)] (14 badań; n=8 531) <u>Liczba pacjentów którzy otrzymali materiały samopomocowe</u> OR 3,51 [95%CI: (1,90-6,47)] (9 badań; n=4 925)	-
Aveyard 2011 ¹⁵⁶	<u>Interwencja motywacyjna do rzucenia palenia przez lekarza</u> RR 1,47 [95%CI: (1,24-1,75)] (11 badań; n=9 664)	<u>Udzielenie przez personel medyczny zalecenia do rzucenia palenia</u> RR 1,24 [95%CI: (1,16-1,33)]	-	-

¹⁵⁴ Peirson, L., Kenny, M., Ali, M. U., Rice, M., Raina, P., & Sherifali, D. (2015). Interventions for prevention and treatment of tobacco smoking in school-aged children and adolescents: protocol for updating a systematic review and meta-analysis. *McMaster University: Hamilton, Ontario*.

¹⁵⁵ Carson, K. V., Verbiest, M. E., Crone, M. R., Brinn, M. P., Esterman, A. J., Assendelft, W. J., & Smith, B. J. (2012). Training health professionals in smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*, (5).

¹⁵⁶ Aveyard, P., Begh, R., Parsons, A., & West, R. (2012). Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*, 107(6), 1066-1073.

Metaanaliza/ Przegląd systematyczny	Wyniki (liczba badań, n=liczba uczestników)			
	Wpływ interwencji na tendencje do rzucenia lub ograniczenia palenia	Wpływ interwencji na podjęcie próby rzucenia palenia	Wpływ szkoleń personelu medycznego na osoby palące tytoń	Ograniczenie lub powstrzymanie palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży
		(8 badań; n=7 651)		
Carson 2011 ¹⁵⁷	-	-	-	<p><u>Powstrzymanie dzieci i młodzieży od palenia tytoniu w tygodniu z użyciem działań edukacyjnych</u></p> <p>RR 0,83 [95%CI: (0,59-1,17)] (7 badań; n=17 508)</p> <p><u>Powstrzymanie dzieci i młodzieży od palenia tytoniu w miesiącu z użyciem działań edukacyjnych</u></p> <p>RR 0,97 [95%CI: (0,81-1,16)] (9 badań; n=27 077)</p>
Lai 2010 ¹⁵⁸	<p><u>Interwencja motywacyjna do rzucenia palenia przez lekarza</u></p> <p>RR 1,27 [95%CI: (1,14-1,42)] (14 badań; n=10 538)</p>	-	-	-

W wyniku wyszukiwania odnaleziono dowody wtórne odnoszące się do wpływu określonych interwencji na tendencję osób uzależnionych od tytoniu do rzucenia lub ograniczenia użytkowania wyrobów tytoniowych. W metaanalizie Kock 2019 autorzy dokonali oszacowania wpływu dopasowanych do potrzeb pacjenta interwencji behawioralnych na prawdopodobieństwo rzucenia lub ograniczenia palenia. Zastosowanie u pacjentów ww. interwencji prowadzi do podwyższenia prawdopodobieństwa rzucenia lub ograniczenia palenia tytoniu do poziomu RR=1,56 [95%CI: (1,39-1,75)]. W przypadku metaanalizy Matkin 2019 autorzy dokonali oszacowania wpływu proaktywnych porad telefonicznych na ww. nałóg. Zastosowanie proaktywnych porad telefonicznych, zarówno u osób korzystających jak i niekorzystających z telefonów zaufania, prowadzi do zwiększenia prawdopodobieństwa rzucenia palenia tytoniu odpowiednio do poziomu 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 elektronicznych 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 dochodzą do wniosku, że realizacja konsultacji w takiej formie prowadzi do zwiększenia prawdopodobieństwa rzucenia lub ograniczenia palenia do poziomu (RR=1,35 [95%CI: (1,03-1,77)]). Natomiast w metaanalizie Aveyard 2011, autorzy oszacowali wpływ porady lekarza na prawdopodobieństwo rzucenia

¹⁵⁷ Carson, K. V., Brinn, M. P., Labiszewski, N. A., Esterman, A. J., Chang, A. B., & Smith, B. J. (2011). Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).

¹⁵⁸ Lai, D. T., Cahill, K., Qin, Y., & Tang, J. L. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews*, (1).

palenia. Zastosowanie interwencji tego typu prowadzi do podwyższenia prawdopodobieństwa rzucenia palenia do poziomu RR=1,47 [95%CI: (1,24-1,75)]. Do podobnych wniosków dochodzą autorzy metaanalizy Lai 2010.

Odnaleziono także 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 dochodzą do wniosku, że w przypadku zastosowania tego typu interwencji obserwowalny jest wzrost prawdopodobieństwa podjęcia przez pacjenta próby ograniczenia lub całkowitego odstąpienia od nałogu do poziomu 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. Autorzy metaanalizy Carson 2012 dochodzą do wniosku, że poddanie personelu medycznego działaniom szkoleniowym z zakresu palenia tytoniu prowadzi do podwyższenia szansy na punktowe ograniczenie rozpowszechnienia palenia tytoniu do poziomu OR=1,41 [95%CI: (1,13-1,77)]. Autorzy dochodzą również do wniosku, że przeszkolenie personelu medycznego w omawianym zakresie prowadzi do zwiększenia szansy utrzymania się abstynencji od tytoniu u ich pacjentów do poziomu OR=1,60 [95%CI: (1,26-2,03)]. Prowadzenie szkoleń prowadzi również do ponad dwukrotnego zwiększenia szans na uczestnictwo pacjentów w konsultacjach na temat palenia tytoniu do poziomu OR=2,28 [95%CI: (1,58-3,27)]. Pacjenci mający styczność z personelem medycznym przeszkolonym w zakresie skutków zdrowotnych palenia odnotowują podwyższone szanse na przekazanie pacjentowi materiałów edukacyjnych i samopomocowych do poziomu 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 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 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.

Tabela 15. Wyniki metaanaliz i przeglądów systematycznych włączonych do analizy w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu

Metaanaliza/ Przegląd systematyczny	Wyniki (liczba badań, n=liczba uczestników)		
	Wpływ interwencji na spożywanie alkoholu	Zapobieganie uzależnieniu od alkoholu	Ograniczenie lub powstrzymanie spożywania alkoholu wśród dzieci i młodzieży
Stockings 2018 ¹⁵⁹	<p><u>Wpływ działań edukacyjnych na rozpowszechnienie szkodliwego picia</u></p> <p>RR 0,78 [95%CI: (0,62-0,99)] (7 badań; n=17 035)</p>	-	-

¹⁵⁹ Stockings, E., Bartlem, K., Hall, A., Hodder, R., Gilligan, C., Wiggers, J., ... & Wolfenden, L. (2018). Whole-of-community interventions to reduce population-level harms arising from alcohol and other drug use: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 113(11), 1984-2018.

Metaanaliza/ Przegląd systematyczny	Wyniki (liczba badań, n=liczba uczestników)		
	Wpływ interwencji na spożywanie alkoholu	Zapobieganie uzależnieniu od alkoholu	Ograniczenie lub powstrzymanie spożywania alkoholu wśród dzieci i młodzieży
Beyer 2018 ¹⁶⁰	<u>Krótkie interwencje behawioralne</u> Ilość alkoholu – 20 g/tyg. [95%CI: (-28 - -12)] (34 badania; n=15 197) <u>Wydłużone interwencje behawioralne</u> Ilość alkoholu –19,5 g/tyg. [95%CI: (-40,5 -1,5)] (2 badania; n=319)	-	-
Kelly 2018 ¹⁶¹	<u>Działania edukacyjne</u> SMD -0,18 [95%CI: (-0,28- -0,07)] (8 badań; n=3 591)	-	-
Hodder 2017 ¹⁶²	-	-	<u>Działania edukacyjne</u> OR 0,86 [95%CI: (0,73-1,02)] (13 badań; n=nie określono)
Jiang 2017 ¹⁶³	-	<u>Telefoniczne rozmowy motywacyjne</u> Interwencja może stanowić istotny element promowania abstynencji i posłużyć w zapobieganiu i leczeniu uzależnienia od alkoholu	-
Carney 2016 ¹⁶⁴	-	-	<u>Wpływ edukacji na częstość picia u nastolatków i studentów</u> SMD -0,91 [95%CI: (-1,21- -0,61)] (2 badania;

¹⁶⁰ Beyer, F. R., Campbell, F., Bertholet, N., Daeppen, J. B., Saunders, J. B., Pienaar, E. D., ... & Kaner, E. F. S. (2019). The Cochrane 2018 review on brief interventions in primary care for hazardous and harmful alcohol consumption: a distillation for clinicians and policy makers. *Alcohol and Alcoholism*, 54(4), 417-427.

¹⁶¹ Kelly, S., Olanrewaju, O., Cowan, A., Brayne, C., & Lafortune, L. (2018). Interventions to prevent and reduce excessive alcohol consumption in older people: a systematic review and meta-analysis. *Age and ageing*, 47(2), 175-184.

¹⁶² Hodder, R. K., Freund, M., Wolfenden, L., Bowman, J., Nepal, S., Dray, J., ... & Wiggers, J. (2017). Systematic review of universal school-based 'resilience' interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit substance use: A meta-analysis. *Preventive medicine*, 100, 248-268.

¹⁶³ Jiang, S., Wu, L., & Gao, X. (2017). Beyond face-to-face individual counseling: A systematic review on alternative modes of motivational interviewing in substance abuse treatment and prevention. *Addictive behaviors*, 73, 216-235.

¹⁶⁴ Carney, T., Myers, B. J., Louw, J., & Okwundu, C. I. (2016). Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. *Cochrane database of systematic reviews*, (1).

Metaanaliza/ Przegląd systematyczny	Wyniki (liczba badań, n=liczba uczestników)		
	Wpływ interwencji na spożywanie alkoholu	Zapobieganie uzależnieniu od alkoholu	Ograniczenie lub powstrzymanie spożywania alkoholu wśród dzieci i młodzieży
			n=242) <u>Wpływ edukacji na ilość spożywanego alkoholu u nastolatków i studentów</u> SMD -0,16 [95%CI: (-0,45- 0,14)] (1 badanie; n=179)
Foxcroft_2014 ¹⁶⁵	<u>Wpływ rozmowy motywacyjnej na ilość spożywanego alkoholu</u> SMD -0,14 [95%CI: (-0,20- -0,08)] (28 badań; n=6 676) <u>Wpływ rozmowy motywacyjnej na częstość spożywania alkoholu</u> SMD -0,11 [95%CI: (-0,19- -0,03)] (16 badań; n=4 390)	-	-

W wyniku wyszukiwania odnaleziono dowody wtórne odnoszące się do wpływu określonych interwencji na spożywanie alkoholu. W metaanalizie Stockings 2018 autorzy dokonali oszacowania wpływu działań edukacyjnych na rozpowszechnienie nadużywania alkoholu. Zastosowanie wspomnianej interwencji prowadzi do obniżenia prawdopodobieństwa nadużywania alkoholu do poziomu 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 skutecznie wpływa na zmniejszenie ilości spożywanego alkoholu SMD=-0,14 [95%CI:(-0,20- -0,08)]. Przegląd 16 badań potwierdził również wpływ rozmowy motywacyjnej na zmniejszenie częstości spożywania alkoholu 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.

W ramach wyszukiwania 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 mogą zwiększyć szanse na ograniczenie spożycia alkoholu przez

¹⁶⁵ Foxcroft, D. R., Coombes, L., Wood, S., Allen, D., & Santimano, N. M. A. (2014). Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8).

młodzież i dzieci do poziomu $OR=0,86$ [95%CI: (0,73-1,02)], choć 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.

Tabela 16. Wyniki metaanaliz i przeglądów systematycznych włączonych do analizy w zakresie profilaktyki uzależnień od narkotyków

Metaanaliza/ Przegląd systematyczny	Wyniki (liczba badań, n=liczba uczestników)	
	Zapobieganie zażywaniu substancji psychoaktywnych przez młodych dorosłych	Zapobieganie uzależnieniu od alkoholu
O'Connor 2020 ¹⁶⁶	<u>Interwencje behawioralne</u> SMD -0,08 [95%CI: (-0,16- 0,001)] (23 badania; n=12 801)	-
Boumparis 2017 ¹⁶⁷	-	<u>Wpływ interwencji internetowych na zmniejszenie ilości zażywanych opioidów</u> SMD 0,36 [95%CI: (0,29- 0,53)] (4 badania; n=606) <u>Wpływ interwencji internetowych na zmniejszenie ilości zażywanych substancji nielegalnych</u> SMD 0,35 [95%CI: (0,24- 0,45)] (9 badania; n=1 749)
Hodder 2017 ¹⁶⁸	<u>Przeprowadzanie profilaktyki uniwersalnej w szkole</u> (10 badań; n=nie określono)	-
Allara 2015 ¹⁶⁹	<u>Wpływ kampanii medialnych na zażywanie substancji psychoaktywnych</u> SMD -0,02 [95%CI: (-0,15- 0,12)] (5 badań; n=5 470) <u>Wpływ kampanii medialnych na zamiar zażywania substancji psychoaktywnych</u> SMD -0,07 [95%CI: (-0,19- 0,04)] (4 badania; n=1 270)	-

¹⁶⁶ O'Connor, E., Thomas, R., Senger, C. A., Perdue, L., Robalino, S., & Patnode, C. (2020). Interventions to prevent illicit and nonmedical drug use in children, adolescents, and young adults: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, 323(20), 2067-2079.

¹⁶⁷ Boumparis, N., Karyotaki, E., Schaub, M. P., Cuijpers, P., & Riper, H. (2017). Internet interventions for adult illicit substance users: A meta-analysis. *Addiction*, 112(9), 1521-1532.

¹⁶⁸ Hodder, R. K., Freund, M., Wolfenden, L., Bowman, J., Nepal, S., Dray, J., ... & Wiggers, J. (2017). Systematic review of universal school-based 'resilience' interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit substance use: A meta-analysis. *Preventive medicine*, 100, 248-268.

¹⁶⁹ Allara, E., Ferri, M., Bo, A., Gasparrini, A., & Faggiano, F. (2015). Are mass-media campaigns effective in preventing drug use? A Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 5(9).

Metaanaliza/ Przegląd systematyczny	Wyniki (liczba badań, n=liczba uczestników)	
	Zapobieganie zażywania substancji psychoaktywnych przez młodych dorosłych	Zapobieganie uzależnieniu od alkoholu
Faggiano 2014 ¹⁷⁰	<u>Przeprowadzanie profilaktyki uniwersalnej w szkole</u> RR=0.27 [95%CI: (0,14-0.51)] (2 badania; n=2 512)	-
Ferri 2013 ¹⁷¹	<u>Wpływ kampanii medialnych na zapobieganie zażywaniu substancji psychoaktywnych</u> SMD -0,02 [95%CI: (-0,15- 0,12)] (5 badań; n=5 470)	-

W wyniku wyszukiwania odnaleziono dowody wtórne odnoszące się do skuteczności interwencji w zapobieganiu zażywania substancji psychoaktywnych przez młodych ludzi. Autorzy metaanalizy O'Connor 2020 dokonali oceny efektywności interwencji behawioralnych 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 zwiększenia szansy na zapobieżenie rozpoczęcia przyjmowania narkotyków przez młode osoby do poziomu 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 prawdopodobieństwa zapobiegnięcia przyjmowania substancji psychoaktywnych przez młodzież do poziomu 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 opisano jako 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. umożliwiła 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 zmniejszeniu 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)].

¹⁷⁰ Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E., & Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).

¹⁷¹ Ferri, M., Allara, E., Bo, A., Gasparrini, A., & Faggiano, F. (2013). Media campaigns for the prevention of illicit drug use in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).

6.3.3. Wyniki analizy bezpieczeństwa

W wyniku prac analitycznych nie odnaleziono metaanaliz, które odnosiły się do potencjalnych działań niepożądanych związanych z prowadzeniem działań profilaktycznych nacelowanych na uzależnienia od alkoholu, tytoniu i narkotyków. W ramach rekomendacji również nie wskazano żadnych szkód, które byłyby związane z prowadzeniem działań profilaktycznych uzależnień od ww. substancji.

6.3.4. Przegląd analiz ekonomicznych

W wyniku prac analitycznych odnaleziono przeglądy systematyczne odnoszące się do efektywności kosztowej działań profilaktycznych nakierowanych na uzależnienia od alkoholu. W przypadku przeglądu systematycznego Angus 2014, autorzy podjęli próbę oszacowania inkrementalnego współczynnika efektywności kosztowej (ICER) dla badań przesiewowych w połączeniu z krótkimi interwencjami antyalkoholowymi w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej. W przypadku interwencji prowadzonych przez pielęgniarki okazały się one być kosztowo efektywne. ICER w tym przypadku osiągnął wartość ok. 1 500£. W przypadku prowadzenia ww. interwencji przez lekarzy POZ ICER wahał się między 300£ a 11 000£. Autorzy podkreślają także, że ze względu na dużą heterogeniczność załączonych badań oraz różnice w zakresie załączonych analiz nie jest możliwe jednoznaczne stwierdzenie istotności wpływu doboru personelu medycznego na efektywność kosztową omawianych interwencji.

W ramach omawianego wyszukiwania odnaleziono również przegląd systematyczny odnoszący się do efektywności kosztowej działań profilaktycznych nakierowanych na uzależnienia od tytoniu. W ramach przeglądu systematycznego Pennington 2013 autorzy dokonali oszacowania efektywności kosztowej porad dotyczących stylu życia, w tym także dla ograniczenia lub rzucenia palenia. W ramach prowadzonego postępowania autorzy dochodzą do wniosku, że zastosowanie tego typu porady u osób palących jest kosztowo efektywne. Inkrementalny współczynnik efektywności kosztowej w tym przypadku wynosi ok. 3 800£. Autorzy dochodzą do wniosku, że osoby poddane interwencji i decydujące się porzucić nałóg mogą uzyskać nawet do 1,97 QALY.

W wyniku wyszukiwania nie odnaleziono dowodów wtórnych odnoszących się do efektywności kosztowej działań nakierowanych na profilaktykę lub zapobieganie uzależnieniom od narkotyków i innych nielegalnych substancji. Autorzy rekomendacji również nie odnoszą się do kwestii efektywności kosztowej zalecanych działań.

6.4. Ograniczenia analizy klinicznej

<Jeżeli w odnalezionych badaniach określone były ograniczenia należy je opisać>

- Uwzględniono wyłącznie publikacje w języku angielskim i polskim.
- Wyszukiwanie zawężono do publikacji z ostatnich 10 lat (2010-2020).
- Wyszukiwanie zawężono do najwyższych poziomów hierarchii doniesień naukowych, tj. metaanaliz, przeglądów systematycznych (badania wtórne) oraz rekomendacji.
- Badania uwzględnione w ramach odnalezionych wtórnych dowodów naukowych dotyczyły zróżnicowanej populacji pod względem położenia etnicznego i geograficznego.
- Badania uwzględnione w ramach odnalezionych wtórnych dowodów naukowych nie uwzględniały populacji polskiej.
- Badania uwzględnione w ramach odnalezionych wtórnych dowodów naukowych cechowała duża heterogeniczność (m.in. różne interwencje profilaktyczne, zróżnicowane metody prezentacji analizowanych danych czy różnice w zakresie stosowanych interwencji).
- Wyszukane publikacje zostały utworzone w powiązaniu z kontekstem kulturowym, ekonomicznym oraz sposobem funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, który pod różnymi względami może być różny od rozwiązań stosowanych w Polsce.

7. Warunki realizacji programów polityki zdrowotnej dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego

<Wskazać warunki realizacji programów polityki zdrowotnej na podstawie odnalezionych rekomendacji, badań wtórnych, analiz, opinii ekspertów oraz aktów prawnych>

Tabela 17. Warunki realizacji opracowane na podstawie odnalezionych rekomendacji

Interwencja	Warunki realizacji
Wymagania wobec ośrodka	<ul style="list-style-type: none"> Programy profilaktyczne dla dzieci i młodzieży powinny być prowadzone na terenie szkół i innych placówek oświatowych oraz opiekuńczo-wychowawczych (PARPA 2019). Osoby wymagające wsparcia w procesie porzucenia nałogu powinny zostać oddelegowane do ośrodków specjalizujących się w tym problemie (NICE 2018).
Wymagania wobec personelu	<ul style="list-style-type: none"> Prowadzenie programów edukacyjnych - certyfikowany profilaktyk uzależnień przy współpracy z nauczycielem i rodzicem (PARPA 2019). Zalecenie rzucenia palenia – lekarz (RACGP 2019, ENSP 2018, NICE 2018). Działania przesiewowe nacelowane na nielegalne narkotyki – lekarz (AAFP 2018). Działania w zakresie zapobiegania narkomanii – specjalista z zakresu zdrowia publicznego, lekarz, pracownik służby porządkowej (NICE 2017). Działania profilaktyczne skierowane do kobiet w ciąży – wykształcona w tym zakresie pielęgniarka lub pracownik socjalny (UNODC 2015). Szkolenia dla dzieci umiejętności społecznych – nauczyciel (UNODC 2015). Kierowanie na terapię antyalkoholową – lekarz POZ, psychiatra, lekarz specjalista ds. uzależnień (AFP 2014). Przeprowadzanie badań przesiewowych i krótkich interwencji antyalkoholowych – pracownik służby zdrowia, pracownik opieki społecznej (NICE 2011a). Edukacja dzieci i młodzieży nt. skutków zdrowotnych spożywania alkoholu – nauczyciel, rodzic, opiekun, specjalista ds. ochrony zdrowia dzieci i młodzieży (NICE 2010). Prowadzenie dłuższej interwencji motywacyjnej w celu przejścia na terapię odwykową – specjalista ds. uzależnień (NICE 2010).
Wymagania sprzętowe	<ul style="list-style-type: none"> Nie określono.

Tabela 18. Warunki realizacji opracowane na podstawie opinii ekspertów

Interwencja	Warunki realizacji
Wymagania wobec ośrodka	<ul style="list-style-type: none"> Program powinien być realizowany w miejscach przebywania dzieci [Zal 1]. Sala warsztatowa o powierzchni przystosowanej do 6-12 osobowej grupy uczestników [Zal 3]. Sala edukacyjna [Zal 2].
Wymagania wobec personelu	<ul style="list-style-type: none"> Osoby mające doświadczenie w prowadzeniu profilaktyki [Zal 1, 2]. Osoby mające ukończone kursy w zakresie prowadzenia zajęć profilaktycznych [Zal 1]. Kwalifikacje w zakresie diagnozowania i rozpoznawania używania problemowego/szkodliwego oraz uzależnienia od substancji psychoaktywnych, prowadzenia krótkich interwencji ukierunkowanych na ograniczenie lub zaprzestanie używania substancji psychoaktywnych [Zal 3]. Posiadanie wiedzy dotyczącej objawów i skutków zdrowotnych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Znajomość i umiejętność zastosowania w praktyce testów przesiewowych oraz stosowania w pracy z pacjentem metody i technik dialogu motywującego [Zal 3]. Wiedza na temat dostępnych lokalnie innych form pomocy dla grup docelowych programu [Zal 3]. Wykwalifikowany zespół profesjonalistów, nauczycieli po szkoleniach, posiadających doświadczenie i wiedzę z zakresu uzależnień, udokumentowane dorobkiem naukowym w formie np. co najmniej trzech publikacji lub monografii lub wytycznych lub broszur i innych

	<p>opracowań tematycznych, lub przejście terapii własnej lub szkolenia w zakresie terapii uzależnień [Za1 2].</p> <ul style="list-style-type: none"> Lekarze, certyfikowani psychoterapeuci, pielęgniarki, dietetycy i specjaliści do spraw żywienia, specjaliści promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, absolwenci zdrowia publicznego, fizjoterapeuci, psychologowie, absolwenci technologii żywności i żywienia człowieka [Za1 2].
Wymagania sprzętowe	<ul style="list-style-type: none"> Mobilny zestaw multimedialny/audiowizualny [Za1 1-3]

Tabela 19. Warunki realizacji zgodne z rozporządzeniem MZ ws. świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

Interwencja	Warunki realizacji
Wymagania wobec ośrodka	<ul style="list-style-type: none"> Nie określono.
Wymagania wobec personelu	<p><u>Porada lub wizyta diagnostyczna:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii, specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, lub psycholog posiadający co najmniej dwuletnie doświadczenie w pracy klinicznej, lub specjalista psychoterapii uzależnień, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień. <p>W przypadku świadczeń terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży:</p> <ul style="list-style-type: none"> lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej, lub lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii. <p><u>Porada lub wizyta terapeutyczna:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, psycholog w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychologia kliniczna, psycholog, specjalista psychoterapii uzależnień, osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień. <p><u>Porada lub wizyta lekarska:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii, lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii. <p>W przypadku świadczeń terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży:</p> <ul style="list-style-type: none"> lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej. <p><u>Wizyta instruktora terapii uzależnień:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> specjalista psychoterapii uzależnień, osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, instruktor terapii uzależnień, osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu instruktora terapii uzależnień. <p><u>Sesja psychoterapii indywidualnej:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> specjalista psychoterapii uzależnień, osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, osoba prowadząca psychoterapię, osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty.

	<p><u>Sesja psychoterapii rodzinnej:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • specjalista psychoterapii uzależnień, • osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, • osoba prowadząca psychoterapię, • osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty. <p><u>Sesja psychoterapii grupowej:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • specjalista psychoterapii uzależnień, • osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, • osoba prowadząca psychoterapię, • osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty, • instruktor terapii uzależnień. <p><u>Sesja psychoedukacyjna:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • specjalista psychoterapii uzależnień, • osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, • instruktor terapii uzależnień, • osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu instruktora terapii uzależnień, • osoba prowadząca psychoterapię, • osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu psychoterapeuty.
<p>Wymagania sprzętowe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nie określono.

8. Monitorowanie oraz ewaluacja programów polityki zdrowotnej w danym problemie zdrowotnym

<Wskażać wskaźniki służące do monitorowania i ewaluacji programów polityki zdrowotnej na podstawie odnalezionych rekomendacji, badań wtórnych, analiz oraz opinii ekspertów>

Tabela 20. Wskaźniki odnoszące się do monitorowania i ewaluacji wskazane w opiniach Prezesa AOTMiT

Nr opinii Prezesa Agencji	Zaproponowane wskaźniki
79/2011 z dnia 5 września 2011 r. Opinia prezesa: negatywna	<ul style="list-style-type: none"> • Projekt programu nie zawierał wskaźników odnoszących się do monitorowania i ewaluacji.
80/2011 z dnia 5 września 2011 r. Opinia prezesa: negatywna	<p><u>Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Własna okresowa ocena, ocena pracy zespołu. • Ocena pacjentów i ich rodzin. • Scenariusze osób wyleczonych (studium przypadku). • Superwizja zespołu realizatorów. • Ocena placówek i osób współpracujących. • Analiza danych statycznych. • Ewaluacja wewnętrzna.
81/2011 z dnia 05 września 2011 r. Opinia prezesa: negatywna	<p><u>Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Liczba konkursów. • Ilość sporządzonych prac. <p><u>Ocena zgłaszalności do programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Liczba nadesłanych prac. <p><u>Ocena jakości świadczeń w ramach programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Liczba nadesłanych prac. <p><u>Ewaluacja programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wzrost świadomości wśród młodzieży szkolnej w zakresie wiedzy na temat szkodliwości zażywania narkotyków oraz nadużywania alkoholu.
133/2011 z dnia 3 października 2011 r. Opinia prezesa: pozytywna	<p><u>Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Liczba placówek uczestniczących w programie. • Liczba adresatów programu. • Wyniki ilościowych badań socjologicznych wśród dorosłej populacji miasta. <p><u>Ocena zgłaszalności do programu i jakości świadczeń:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Liczba podmiotów realizujących program. • Liczba wykonanych testów przesiewowych. • Liczba wykonanych testów przesiewowych dla mężczyzn i ich wyniki: <ul style="list-style-type: none"> ○ liczba abstynentów, ○ liczba osób pijących o niskim ryzyku szkód, ○ liczba osób pijących ryzykownie, ○ liczba osób pijących szkodliwie, ○ liczba osób podejrzanych o uzależnienie od alkoholu (test AUDIT). • Liczba wykonanych testów przesiewowych dla kobiet i ich wyniki: <ul style="list-style-type: none"> ○ liczba abstynentów,

Nr opinii Prezesa Agencji	Zaproponowane wskaźniki
	<ul style="list-style-type: none"> ○ liczba osób pijących o niskim ryzyku szkód, ○ liczba osób pijących ryzykownie, ○ liczba osób pijących szkodliwie, ○ liczba osób podejrzanych o uzależnienie od alkoholu (test AUDIT). ● Liczba krótkich porad przy rozpoznaniu picia ryzykownego. ● Liczba krótkich konsultacji przy rozpoznaniu picia szkodliwego. ● Liczba procedur zastosowanych u osób podejrzanych o uzależnienie w tym liczba skierowań do placówki specjalistycznej. <p><u>Ewaluacja programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Analiza sprawozdań końcowych z realizacji programu. ● Wyniki badań socjologicznych.
<p>79/2012 z dnia 28 maja 2012 r.</p> <p>Opinia prezesa: pozytywna</p>	<p><u>Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Liczba szkół ponadgimnazjalnych uczestniczących w programie edukacyjnym. ● Liczba przeprowadzonych wykładów, warsztatów i konkursów z uwzględnieniem uwarunkowań i możliwości lokalnych. ● Nakład wydanych i rozdysponowanych materiałów edukacyjnych.
<p>80/2012 z dnia 28 maja 2012 r.</p> <p>Opinia prezesa: negatywna</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Projekt programu nie zawierał wskaźników odnoszących się do monitorowania i ewaluacji.
<p>216/2012 z dnia 19 listopada 2012 r.</p> <p>Opinia prezesa: pozytywna</p>	<p><u>Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ilość osób palących tytoń. ● Ilość zidentyfikowanych przypadków problemu alkoholowego. ● Ilość stwierdzonych innych ryzykownych zachowań (substancje psychoaktywne, leki inne czynniki ryzyka). <p><u>Ocena jakości świadczeń w ramach programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Wyniki wypełnianych przez pacjentki kart oceny. ● Utworzenie zestawienia stwierdzonych nieprawidłowości. <p><u>Ewaluacja programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ewaluacja wewnętrzna prowadzona przez Koordynatora Programu na podstawie rocznych sprawozdań finansowych i merytorycznych realizatorów.
<p>240/2012 z dnia 26 listopada 2012 r.</p> <p>Opinia prezesa: pozytywna</p>	<p><u>Ocena jakości świadczeń w ramach programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ankieta satysfakcji uczestnictwa w programie.
<p>242/2012 z dnia 26 listopada 2012 r.</p> <p>Opinia prezesa: pozytywna</p>	<p><u>Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Listy obecności. ● Ewidencja indywidualnych porad.
<p>243/2012 z dnia 26 listopada 2012 r.</p> <p>Opinia prezesa: negatywna</p>	<p><u>Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Listy obecności. ● Ewidencja indywidualnych porad.
<p>244/2012 z dnia 26 listopada 2012 r.</p> <p>Opinia prezesa:</p>	<p><u>Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Liczba pacjentów, którzy zgłosili się do skorzystania ze świadczeń realizowanych

Nr opinii Prezesa Agencji	Zaproponowane wskaźniki
<p>pozytywna</p>	<p>w ramach programu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liczba pacjentów, którzy ukończyli cały program. <p><u>Ocena zgłaszalności do programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Liczba pacjentów, którzy zgłosili się do skorzystania ze świadczeń realizowanych w ramach programu. • Liczba pacjentów, którzy przeszli proces diagnostyczny. • Liczba pacjentów zakwalifikowanych do terapii, którzy zawarli kontrakt terapeutyczny i weszli do programu. <p><u>Ocena jakości świadczeń w ramach programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ankieta satysfakcji uczestnictwa w programie. <p><u>Ewaluacja programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Liczba pacjentów, którzy ukończyli cały program. • Liczba pacjentów, którzy przerwali terapię.
<p>245//2012 z dnia 26 listopada 2012 r. Opinia prezesa: pozytywna</p>	<p><u>Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Wzrost wiedzy pacjentów o problemach alkoholowych i uzależnieniach. • Zwiększenie zdolności pacjentów do dostrzegania związku między piciem alkoholu i paleniem papierosów a problemami życiowymi. • Zwiększenie gotowości pacjentów do przejawiania zachowań służących utrzymywaniu abstynencji. • Wydłużenie okresów utrzymywanej przez nich abstynencji alkoholowej. • Zwiększenie szeroko rozumianych kompetencji życiowych pacjentów. • Wzrost gotowości pacjentów do uczestnictwa w spotkaniach grup samopomocowych i dalszej terapii dla osób uzależnionych.
<p>13/2013 z dnia 21 stycznia 2013 r. Opinia prezesa: negatywna</p>	<p><u>Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ankieta satysfakcji uczestnictwa w programie. • Ewidencja obecności uczestników.
<p>14/2013 z dnia 21 stycznia 2013 r. Opinia prezesa: pozytywna</p>	<p><u>Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Czas oczekiwania pacjenta na przyjęcie w ośrodku. • Okresu oczekiwania na świadczenia zdrowotne realizowane w ramach NFZ. • Liczba rezygnujących z podjęcia leczenia ze względu na długi okres oczekiwania. • Liczba osób podejmujących leczenie odwykowe na skutek interwencji instytucji państwowych oraz służb medycznych. • Wzrost wiedzy nie uzależnionych uczestników programu na temat własnego wzorca kontaktów z alkoholem oraz zasad picia ograniczających ryzyko postawiania szkód.
<p>15/2013 z dnia 21 stycznia 2013 r. Opinia prezesa: pozytywna</p>	<p><u>Ocena zgłaszalności do programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ilość osób zgłoszonych do programu w stosunku do założonej liczebności uczestników. <p><u>Ocena jakości świadczeń w ramach programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ankieta satysfakcji uczestnictwa w programie. <p><u>Ewaluacja programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Liczba osób zgłoszonych do programu porównana z liczbą osób kończących pełny cykl programu.
<p>16/2013 z dnia 21 stycznia 2013 r.</p>	<p><u>Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ilość osób, które ukończyły program i jako abstynenci powrócili do roli ucznia

Nr opinii Prezesa Agencji	Zaproponowane wskaźniki
Opinia prezesa: pozytywna	i dziecka. <u>Ewaluacja programu:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Wyniki ankiet i badań. • Wyniki kwestionariuszy psychologicznych. • Własna okresowa ocena. • Ocena pracy zespołu. • Ocena pacjentów i ich rodzin. • Scenariusze osób wyleczonych (studium przypadku). • Superwizja zespołu realizatorów. • Analiza danych statystycznych.
17/2013 z dnia 21 stycznia 2013 r. Opinia prezesa: pozytywna	<u>Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Ilość pacjentów podejmujących i ilość osób kończących leczenie. • Ilość pacjentów utrzymujących długotrwałą abstynencję od alkoholu. • Ilość pacjentów podejmujących terapię grupową. • Ilość pacjentów korzystających z sesji psychoterapii indywidualnych. • Liczba pacjentów podejmujących treningi TUSZ, maratony i obozy. • Liczba lekarzy pracujących w ramach OPT-OUT. • Liczba pacjentów korzystających z indywidualnych porad i konsultacji. • Liczba pacjentów uczestniczących w spotkaniach AA. <u>Ocena zgłaszalności do programu:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Prowadzenie rejestru zgłoszeń. <u>Ocena jakości świadczeń w ramach programu:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Ankieta satysfakcji z udzielanych świadczeń.
34/2019 z dnia 15 marca 2019 r. Opinia prezesa: pozytywna	<u>Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Odsetek osób z wcześniej rozpoznany problemem używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w populacji w wieku 15-26 lat w POZ, w tym w przychodniach studenckich i szpitalach ogólnych. • Liczba wykonanych badań przesiewowych w kierunku stosowania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w POZ, przychodniach studenckich i szpitalach ogólnych. • Liczba osób objętych krótką interwencją w POZ, w tym w przychodniach studenckich i szpitalach ogólnych. • Odsetek osób u których zastosowana krótka interwencja/e okazała się skuteczna (ograniczenie używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych) - miernik weryfikowany na podstawie zestawień statystycznych z podmiotów leczniczych realizujących Program (na podstawie karty oceny skuteczności krótkiej interwencji). • Odsetek uczestników szkoleń (lekarze, pielęgniarki, edukatorzy zdrowia, personel IP/SOR) deklarujących wzrost wiedzy i praktycznych umiejętności w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w okresie realizacji Programu. • Liczba pracowników ochrony zdrowia (z placówek POZ, w tym przychodni studenckich oraz szpitali ogólnych), którzy skorzystali ze szkolenia w formie e-learning. • Odsetek osób deklarujących zmianę postaw i świadomości wobec używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. • Liczba rozkolportowanych broszur informacyjno-edukacyjnych dotyczących prowadzonych w ramach Programu działań. <u>Ocena zgłaszalności do programu:</u>

Nr opinii Prezesa Agencji	Zaproponowane wskaźniki
	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba osób, u których przeprowadzono badanie przesiewowe. • Liczba osób, u których przeprowadzono krótką interwencję antyuzwywkową. • Liczba personelu medycznego uczestniczącego w szkoleniach -e-learning (w podziale na pielęgniarki pracujące w POZ, pielęgniarki pracujące w szpitalu, lekarzy POZ, lekarzy pracujących w szpitalach, edukatorów zdrowia). • Liczba odsłon stron internetowych. • Liczba wypełnionych testów przesiewowych na stronie internetowej Programu. • Liczba udzielonych porad poprzez moderowane forum na stronie internetowej Programu. • Liczba placówek POZ, w tym przychodni studenckich i szpitali ogólnych, zawierających w swoich strukturach IP i/lub SOR, biorących udział w Programie. <p><u>Ocena jakości świadczeń w ramach programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ankieta satysfakcji uczestnictwa w programie. • Weryfikacja powodów rezygnacji ze świadczeń oferowanych w ramach programu. <p><u>Ewaluacja programu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Odsetek osób z wcześniej rozpoznany problemem używania alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych w populacji osób w wieku 15-26 lat w POZ, w tym przychodniach studenckich i szpitalach ogólnych. • Odsetek osób u których zastosowana krótka interwencja/e okazała się skuteczna (ograniczenie natężenia przyjmowania alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych) - miernik weryfikowany na kolejnej wizycie kontrolnej w POZ, przychodni studenckiej. • Odsetek uczestników szkoleń deklarujących wzrost wiedzy i praktycznych umiejętności w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w okresie realizacji Programu. • Liczba pracowników ochrony zdrowia (z placówek POZ, w tym przychodni studenckich, szpitali ogólnych, którzy skorzystali ze szkolenia w formie e-learning. • Odsetek osób deklarujących zmianę postaw i świadomości wobec używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Tabela 21. Wskaźniki odnoszące się do monitorowania i ewaluacji wskazane w opiniach ekspertów

Opinia eksperta	Zaproponowane wskaźniki
<p>dr hab. n. med. Maciej Pilecki – KW w dz. psychiatrii dzieci i młodzieży [Zal 1]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Statystyki spożycia legalnych substancji psychoaktywnych w rejonie gdzie prowadzona jest profilaktyka. • Liczba interwencji Policji, pogotowia, staży miejskiej w związku z użyciem substancji psychoaktywnych. • Liczba spowodowanych wypadków po zażyciu substancji psychoaktywnych. • Liczba prób samobójczych pod wpływem substancji psychoaktywnych. • Liczba założonych Niebieskich Kart w kontekście problemów z nadużywaniem substancji tego typu. • Wyniki ustrukturyzowanych badań testowych porównujących populację poddaną działaniom profilaktycznym z populacją bez profilaktyki.
<p>prof. dr hab. n. med. Jerzy Samochowiec – Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [Zal 2]</p>	<p>Kto, czyli osoby będące bezpośrednimi (np. nauczyciele) i pośrednimi (ich uczniowie) odbiorcami projektu oraz realizatorzy działań. W zależności od potrzeb można zgromadzić informacje dotyczące m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • charakterystyki socjodemograficznej uczestników i realizatorów, np. wiek, płeć, liczba dzieci, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, źródła dochodów, status materialny rodziny, informacje związane z obszarem problemowym, do którego odnosi się projekt (używanie substancji psychoaktywnych, przemoc,

	<p>dysfunkcje psychospołeczne, itp.) i in.,</p> <ul style="list-style-type: none"> • doświadczenia zawodowego realizatorów (szczególnie pod kątem kompetencji wiążących się z wdrażaniem programu), • frekwencji na poszczególnych zajęciach/spotkaniach/warsztatach. <p>Co i jak, czyli zakres wdrażania programu. Gromadzone dane obejmować mogą m.in.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zakres realizacji poszczególnych elementów projektu (scenariuszy zajęć, bloków tematycznych, itp.), • harmonogram wdrażania poszczególnych elementów programu, • rodzaj i sposób wykorzystania materiałów (ulotki, broszury, prezentacje, nagrania, itp.), • zaplecze techniczne – informacje o miejscu realizacji programu (zapewnienie odpowiednich warunków pracy), jakość obsługi, wyżywienia i in.
<p>dr Piotr Jabłoński – Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii [Zal 3]</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba przeprowadzonych szkoleń w ramach PPZ dla personelu medycznego w danej społeczności lokalnej. • Liczba godzin przeprowadzonych zajęć w ramach szkoleń. • Liczba uczestników, którzy ukończyli ww. szkolenia. • Liczba uczestników/osób szkolenia, które w swojej pracy zawodowej deklarują po szkoleniu wykorzystanie zdobytej wiedzy i umiejętności związanych z udzieleniem pomocy i wsparcia osobom używającym substancji psychoaktywnych. • Poziom satysfakcji uczestników związanych z ich udziałem w szkoleniach realizowanych w ramach programu. • Stopień realizacji szkoleń z przyjętymi założeniami, celami i przebiegiem. • Stosunek kosztów zrealizowanych działań programu do liczby osób objętych programem/ z grup docelowych. • Stopień realizacji celów programu z uwzględnieniem wskaźników wymienionych w pytaniu 8.

9. Uzasadnienie dla modelowego rozwiązania

Mając na uwadze dostępne rekomendacje, obowiązujące rozporządzenia, opinie ekspertów klinicznych oraz dostępne dane epidemiologiczne na temat uzależnień od alkoholu, tytoniu i narkotyków, szablony program polityki zdrowotnej powinien skupiać się na działaniach edukacyjnych. Dostępne dane epidemiologiczne i dowody kliniczne wskazują na zasadność prowadzenia działań profilaktycznych w ww. zakresie.

Uzależnienia od substancji psychoaktywnych są obecnie dość rozpowszechnionymi problemami zdrowotnym w Polsce. Należy również 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. Należy tu 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 uzależnienia 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 również zaznaczyć, że w przypadku pozostałych grup wiekowych wskaźniki te pozostają również na dość wysokim poziomie, zarówno w przypadku mężczyzn jak i u kobiet. Należy również zauważyć, że to właśnie u mężczyzn uzależnienia od substancji psychoaktywnych występują częściej (MPZ 2018).

Obecne rekomendacje zalecają prowadzenie działań profilaktycznych nakierowanych na uzależnienia od alkoholu, tytoniu i wszelkich substancji psychoaktywnych. Większość rekomendacji skupia się na 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 odwleczenia 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 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 użyte 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).

Eksperci 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. Eksperci stwierdzają także, że wszelkie działania profilaktyczne powinny w szczególności dotyczyć dzieci i młodzieży, aby zapobiec rozpoczęciu przez nich użytkowania określonych substancji. Eksperci 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 brak jest jakichkolwiek ogólnopolskich programów które, swoim zakresem obejmowałyby uzależnienia od substancji psychoaktywnych. 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.

10. Piśmiennictwo

<Sporządzić zestawienie wykorzystanego piśmiennictwa wg poniższego wzoru tabeli. W „Piśmiennictwie” należy uwzględnić publikacje z badań, rekomendacje, książki i inne publikacje oraz doniesienia konferencyjne (wszystkie źródła wykorzystane w opracowaniu Raportu). Układ alfabetyczny (wg skrótów). W przypadku rekomendacji tych samych organizacji i z tego samego roku, mających inną treść, skróty w tabeli należy formułować w następujący sposób: AAP 2014, AAP 2014A, AAP 2014B. >

Źródła rekomendacji	
AAFP 2013	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
AAFP 2018	Klega, A. E., & Keehbauch, J. T. (2018). Stimulant and designer drug use: primary care management. <i>American family physician</i> , 98(2), 85-92.
AFP 2016	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
AFP 2011	Australian Family Physician (2011).Problem drinking Management in general practice. Vol. 40, No. 8 August 2011
AFP 2014	Australian Family Physician (2014). Alcohol: prevention, policy and primary care responses. REPRINTED FROM AUSTRALIAN FAMILY PHYSICIAN VOL. 43, NO. 6, JUNE 2014
CDC/NIOSH 2015	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.
EAR 2017	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
ENSP 2018	European Network for Smoking and Tobacco Prevention (2018). 2018 Guidelines for treating tobacco dependence. Pozyskano z: http://elearning-ensp.eu/pluginfile.php/1052/mod_resource/content/2/guidelines_2018_english.pdf Dostęp z: 16.06.2020.
NIAAA 2011	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.
NICE 2010	The National Institute for Health and Care Excellence(2010).Alcohol-use disorders: prevention
NICE 2011a	The National Institute for Health and Care Excellence(2011). Alcohol-use disorders: diagnosis and management.
NICE 2011b	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
NICE 2015	National Institute for Health and Care Excellence (2017). Smoking:reducing and preventing tobacco use. Pozyskano z: https://www.nice.org.uk/guidance/qs82 , Dostęp z:18.06.2020
NICE 2017	National Institute for Health and Care Excellence (2017). Drug misuse prevention: targeted interventions. Pozyskano z: https://www.nice.org.uk/guidance/ng64 , Dostęp z:17.06.2020
NICE 2018	Linden, B. (2018). Stop smoking interventions and services: 2018 NICE guideline. <i>British Journal of Cardiac Nursing</i> , 14(3), 139-141.
PARPA 2019	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.
RACGP 2014	Zwar, N., Richmond, R., & Borland, R. (2014). Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. The Royal Australian College of General Practitioners: Melbourne 2011.
RACGP 2019	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> .
UNODC 2015	United Nations Office on Drugs and Crime. (2015). International standards on drug use prevention.
USPSTF 2015	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.
USPSTF 2018	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
USPSTF 2020a	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.
USPSTF 2020b	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.
USPSTF 2020c	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.
WHO 2010	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.
WHO 2012	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..
Źródła przeglądów systematycznych	
Allara 2015	Allara, E., Ferri, M., Bo, A., Gasparrini, A., & Faggiano, F. (2015). Are mass-media campaigns effective in preventing drug use? A Cochrane systematic review and meta-analysis. <i>BMJ open</i> , 5(9).
Angus 2014	Angus, C., Latimer, N., Preston, L., Li, J., & Purshouse, R. (2014). What are the implications for policy makers? A systematic review of the cost-effectiveness of screening and brief interventions for alcohol misuse in primary care. <i>Frontiers in psychiatry</i> , 5, 114.
Aveyard 2011	Aveyard, P., Begh, R., Parsons, A., & West, R. (2012). Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. <i>Addiction</i> , 107(6), 1066-1073.
Behbod 2018	Behbod, B., Sharma, M., Baxi, R., Roseby, R., & Webster, P. (2018). Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (1).
Beyer 2019	Beyer, F. R., Campbell, F., Bertholet, N., Daeppen, J. B., Saunders, J. B., Pienaar, E. D., ... & Kaner, E. F. S. (2019). The Cochrane 2018 review on brief interventions in primary care for hazardous and harmful alcohol consumption: a distillation for clinicians and policy makers. <i>Alcohol and Alcoholism</i> , 54(4), 417-427.
Boumparis 2017	Boumparis, N., Karyotaki, E., Schaub, M. P., Cuijpers, P., & Riper, H. (2017). Internet interventions for adult illicit substance users: A meta-analysis. <i>Addiction</i> , 112(9), 1521-1532.
Carney 2016	Carney, T., Myers, B. J., Louw, J., & Okwundu, C. I. (2016). Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. <i>Cochrane database of systematic reviews</i> , (1).
Carson 2011	Carson, K. V., Brinn, M. P., Labiszewski, N. A., Esterman, A. J., Chang, A. B., & Smith, B. J. (2011). Community interventions for preventing smoking in young people. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (7).
Carson 2012	Carson, K. V., Verbiest, M. E., Crone, M. R., Brinn, M. P., Esterman, A. J., Assendelft, W. J., & Smith, B. J. (2012). Training health professionals in smoking cessation. <i>Cochrane database of systematic reviews</i> , (5).
Faggiano 2014	Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E., & Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (12).
Fanshawe 2017	Fanshawe, T. R., Halliwell, W., Lindson, N., Aveyard, P., Livingstone-Banks, J., & Hartmann-Boyce, J. (2017). Tobacco cessation interventions for young people. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (11).

Ferri 2013	Ferri, M., Allara, E., Bo, A., Gasparrini, A., & Faggiano, F. (2013). Media campaigns for the prevention of illicit drug use in young people. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (6).
Foxcroft 2014	Foxcroft, D. R., Coombes, L., Wood, S., Allen, D., & Santimano, N. M. A. (2014). Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (8).
Hodder 2017	Hodder, R. K., Freund, M., Wolfenden, L., Bowman, J., Nepal, S., Dray, J., ... & Wiggers, J. (2017). Systematic review of universal school-based 'resilience' interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit substance use: A meta-analysis. <i>Preventive medicine</i> , 100, 248-268.
Jiang 2017	Jiang, S., Wu, L., & Gao, X. (2017). Beyond face-to-face individual counseling: A systematic review on alternative modes of motivational interviewing in substance abuse treatment and prevention. <i>Addictive behaviors</i> , 73, 216-235.
Kelly 2018	Kelly, S., Olanrewaju, O., Cowan, A., Brayne, C., & Lafortune, L. (2018). Interventions to prevent and reduce excessive alcohol consumption in older people: a systematic review and meta-analysis. <i>Age and ageing</i> , 47(2), 175-184
Kleijn 2015	de Kleijn, M. J., Farmer, M. M., Booth, M., Motala, A., Smith, A., Sherman, S., ... & Shekelle, P. (2015). Systematic review of school-based interventions to prevent smoking for girls. <i>Systematic reviews</i> , 4(1), 1-12.
Kock 2019	Kock, L., Brown, J., Hiscock, R., Tattan-Birch, H., Smith, C., & Shahab, L. (2019). Individual-level behavioural smoking cessation interventions tailored for disadvantaged socioeconomic position: a systematic review and meta-regression. <i>The Lancet Public Health</i> , 4(12), e628-e644.
Lai 2010	Lai, D. T., Cahill, K., Qin, Y., & Tang, J. L. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation. <i>Cochrane database of systematic reviews</i> , (1).
Matkin 2019	Matkin, W., Ordóñez-Mena, J. M., & Hartmann-Boyce, J. (2019). Telephone counselling for smoking cessation. <i>Cochrane database of systematic reviews</i> , (5)
O'Connor 2020	O'Connor, E., Thomas, R., Senger, C. A., Perdue, L., Robalino, S., & Patnode, C. (2020). Interventions to prevent illicit and nonmedical drug use in children, adolescents, and young adults: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. <i>Jama</i> , 323(20), 2067-2079.
Peirson 2015	Peirson, L., Kenny, M., Ali, M. U., Rice, M., Raina, P., & Sherifali, D. (2015). Interventions for prevention and treatment of tobacco smoking in school-aged children and adolescents: protocol for updating a systematic review and meta-analysis. <i>McMaster University: Hamilton, Ontario</i> .
Pennington 2013	Pennington, M., Visram, S., Donaldson, C., White, M., Lhussier, M., Deane, K., ... & Carr, S. M. (2013). Cost-effectiveness of health-related lifestyle advice delivered by peer or lay advisors: synthesis of evidence from a systematic review. <i>Cost Effectiveness and Resource Allocation</i> , 11(1), 1-12.
Stockings 2018	Stockings, E., Bartlem, K., Hall, A., Hodder, R., Gilligan, C., Wiggers, J., ... & Wolfenden, L. (2018). Whole-of-community interventions to reduce population-level harms arising from alcohol and other drug use: a systematic review and meta-analysis. <i>Addiction</i> , 113(11), 1984-2018.
Problem zdrowotny/epidemiologia	
CBOS 2019	CBOS (2019). Palenie papierosów. Komunikat z badań Nr 104/2019. ISSN 2353-5822
CINN 2020	Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (2020). Raport o stanie narkomanii w Polsce w 2019 roku. Pozyskano z : https://www.cinn.gov.pl/porta1?id=1582300 dostęp z dn.24.06.2020
ENSP 2018	ENSP (2018). Wytyczne dotyczące leczenia uzależnienia od tytoniu. Pozyskano z http://elearning-ensp.eu/assets/guides/guidelines_2018_polish.pdf , dostęp z 17.06.2020
Fudała 2013	Fudała, J. (2013). Leczenie uzależnienia od alkoholu. Pozyskano z: https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/69539,leczenie-uzaleznienia-od-alkoholu , dostęp z 16.06.2020
GUS 2020	Główny Urząd Statystyczny (2020). Leczeni w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu. Pozyskano z: https://bd1.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/tablica dostęp z dn. 23.06.2020.
GUS 2020	Główny Urząd Statystyczny (2020). Używanie tytoniu. Pozyskano z: https://bd1.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/tablica dostęp z dn. 23.06.2020.
KANTAR 2017	Kantar Public (2017) Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu Kantar Public dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Pozyskano z : https://gis.gov.pl/wp-

	content/uploads/2018/04/Postawy-Polaków-do-palenia-tytoniu-Raport-2017.pdf . dostęp z 23.06.2020 r.
KBNP 2016	KBNP (2016). Standardy profilaktyki. Pozyskano z: https://www.kbnp.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707 , dostęp z 19.06.2020
KBNP 2012	KBNP (2012) Uzależnienie od narkotyków Podręcznik dla terapeutów. Pozyskano z: https://www.kbnp.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707 , dostęp z 16.06.2020
KBNP 2018	KBNP (2018). Standardy postępowania wobec osób używających nowych substancji psychoaktywnych (NSP). Poradnik dla pracowników medycznych. Pozyskano z: https://www.kbnp.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707 , dostęp z 18.06.2020
Kiejna 2015	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.
Klimkiewicz 2013	Klimkiewicz, A. (2013). Choroby somatyczne spowodowane używaniem alkoholu. Pozyskano z: https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/81417,choroby-somatyczne-spowodowane-uzywaniem-alkoholu , dostęp z 16.06.2020
MPZ 2018	Ministerstwo Zdrowia (2018). Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie uzależnień. Pozyskano z: http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/11/Mapa_potreb_zdrowotnych_zaburzenia_psychiczne_mazowieckie.pdf dostęp z dn. 23.06.2020
MZ 2018	Ministerstwo Zdrowia (2018). Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych. Pozyskano z : https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/82426/Zalacznik_17.pdf dostęp z dn.23.06.2020
NIK 2018	Najwyższa Izba Kontroli (2018). Informacja o wynikach kontroli. Profilaktyka uzależnień od alkoholu i narkotyków. Pozyskano z: https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/19/094/ dostęp z dn. 23.06.2020
PARPA 2019	PARPA. (2019). Czy moje picie jest już problemem. O zaburzeniach związanych z używaniem alkoholu. Pozyskano z: http://www.parpa.pl/index.php/e-publikacje/category/5-uzaleznienie-od-alkoholu , dostęp z 15.06.2020
PARPA 2020	Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (2020). Badania i informacje statystyczne. Statystyki. Pozyskano z: http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki dostęp z dn.23.06.2020
Porębiak 2013	Porębiak (2013). Uzależnienie od nikotyny. Pozyskano z: https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/70084,uzaleznienie-od-nikotyiny , dostęp z 18.06.2020
WHO 2009	World Health Organization. (2009). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10, X Rewizja, Tom I. Pozyskano z: https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf , dostęp z 15.06.2020
WHO 2018	World Health Organization (2018) Global status report on alcohol and health 2018. Pozyskano z: https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en/ dostęp z dn. 23.06.2020
Pozostałe	
Aspire 2020	Aspire: Smoking Prevention Program (2020). Pozyskano z: https://positivechoices.org.au/students/aspire-smoking-prevention-program dostęp z dn.08.07.2020
CADCA 2020	Community Anti-Drug Coalitions of America (CADCA)(2020). Sober Truth on Preventing (STOP) Underage Drinking Act Pozyskano z : https://www.cadca.org/sober-truth-preventing-stop-underage-drinking-act dostęp z dn. 07.07.2020
CDC 2020	Centers for Disease Control and Prevention (2020) Alcohol and Public Health. Pozyskano z : https://www.cdc.gov/alcohol/about.htm dn.07.07.2020
CDCP 2020	Centers for Disease Control and Prevention. National Tobacco Control Program (2020). Pozyskano z: https://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/tobacco_control_programs/ntcp/index.htm dostęp z dn. 08.07.2020
CGTC 2020	Center for Global Tobacco Control. Our Global Initiatives: Partnerships to reduce smoking worldwide. (2020). Pozyskano z: https://www.hsph.harvard.edu/cgtc/global-initiatives/ dostęp z dn.08.07.2020
EMCDDA 2020	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Pozyskano z : https://www.emcdda.europa.eu/about dostęp z dn. 08.07.2020

FDA 2020	Food and Drugs Administration. FDA's Youth Tobacco Prevention Plan. (2020) Pozyskano z : https://www.fda.gov/tobacco-products/youth-and-tobacco/fdas-youth-tobacco-prevention-plan dostęp z dn. 08.07.2020
Feb Fast 2019	Feb Fast(2019). Pozyskano z : https://febfast.org.au/about/alcohol dostęp z dn. 07.07.20
GotN 2020	Government of the Netherlands (2020). Preventing alcohol abuse and alcoholism. Pozyskano z: https://www.government.nl/topics/alcohol/preventing-alcohol-abuse-and-alcoholism dostęp z dn. 07.07.2020
Hanley 2020	Hanley Foundation (2020)_Prevention Programs. Pozyskano z : https://hanleyfoundation.org/prevention/ dostęp z dn. 07.07.2020
HSM 2020	Hello Sanday Morning(2020). Change your relationship with alcohol. Pozyskano z: https://hellosundaymorning.org/ dostęp dn. 07.07.2020
MILCDCA 2020	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (2020).Pozyskano z https://www.drogues.gouv.fr/la-mildeca/qui-sommes-nous/la-mission . Dostęp z dn.08.07.2020
Narconon 2020	Narconon International (2020).Drug Prevention & Drug Education. Pozyskano z: https://www.narconon.org/drug-prevention/ dostęp z dn.08.07.2020
NIDA 2011	National Institute on Drug Abuse(2011). Pozyskano z : https://www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-use-among-children-adolescents/chapter-4-examples-research-based-drug-abuse-prevention-programs/universal-programs dostęp z dn. 08.07.2020
PHS 2019	Public Health Scotland. NHS Health Scotland and the University of Edinburgh. (2019). Pozyskano z: http://www.healthscotland.scot/health-topics/smoking/smoking-prevention dostęp z dn.08.07.2020
USSDP 2020	U.S. Department of State Drug Prevention & Drug Education (2020).Pozyskano z: https://www.state.gov/drug-prevention-and-treatment/ dostęp z dn. 08.07.2020
Youth 2020	Youth 2020. Project Northland. https://youth.gov/content/project-northland dostęp z dn. 07.07.2020

11. Załączniki

<Dla większej przejrzystości dokumentu należy zamieścić: opinie ekspertów, strategie wyszukiwania, schemat graficzny zgodny z zaleceniami QUOROM, tabelę włączonych oraz wykluczonych publikacji (z podaniem przyczyn wykluczenia)>.

- Zal 1 Opinia eksperta – dr hab. n. med. Maciej Pilecki – Konsultant Wojewódzki w dz. psychiatrii dzieci i młodzieży dla woj. małopolskiego.
- Zal 2 Opinia eksperta – prof. dr hab. n. med. Jerzy Samochowiec – Prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.
- Zal 3 Opinia eksperta – dr Piotr Jabłoński – Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- Zal 4 Strategia wyszukiwania – alkohol – baza Medline (PubMed), data wyszukiwania: 20.06.2020 r.

Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#22	Search: #6 AND #20 Filters: Guideline, Meta-Analysis, Systematic Reviews, in the last 10 years, English, Polish	158
#21	Search: #6 AND #20	15 269
#20	Search: #10 OR #14 OR #19	2 642 928
#19	Search: #15 OR #16 OR #17 OR #18	691 784
#18	Search: "early diagnosis"[Title/Abstract]	80 262
#17	Search: "Early detection"[Title/Abstract]	61 839
#16	Search: Screening[Title/Abstract]	525 631
#15	Search: screening[MeSH Terms]	136 771
#14	Search: #11 OR #12 OR #13	651 666
#13	Search: Education[Title/Abstract]	472 950
#12	Search: "Patient Education"[Title/Abstract]	18 951
#11	Search: health education[MeSH Terms]	242 624
#10	Search: #7 OR #8 OR #9	1 496 217
#9	Search: prophylaxis[Title/Abstract]	96 229
#8	Search: prevention[Title/Abstract]	565 895
#7	Search: Prevent*[Title/Abstract]	1 430 975
#6	Search: #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5	95 268
#5	Search: Alcoholism[Title/Abstract]	30 044
#4	Search: "alcohol dependence"[Title/Abstract]	9 863
#3	Search: "alcohol addiction"[Title/Abstract]	1 339
#2	Search: "alcohol abuse"[Title/Abstract]	15 166
#1	Search: alcohol abuse[MeSH Terms]	74 850

Zal 5 Strategia wyszukiwania – alkohol – Cochrane Library, data wyszukiwania: 20.06.2020

Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#1	MeSH descriptor: [Alcoholism] explode all trees	3 521
#2	("alcohol abuse"):ti,ab,kw	1 623
#3	("alcohol addiction"):ti,ab,kw	166
#4	("alcohol dependence"):ti,ab,kw	1 946
#5	("alcoholism"):ti,ab,kw	6 508
#6	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5	8 105
#7	("Prevent*"):ti,ab,kw	43 676
#8	("prevention"):ti,ab,kw	172 562
#9	("prophylaxis"):ti,ab,kw	24 081
#10	#7 OR #8 OR #9	206 226
#11	MeSH descriptor: [health education] explode all trees	19 385
#12	("Patient Education"):ti,ab,kw	13 158
#13	("Education"):ti,ab,kw	65 446
#14	#11 OR #12 OR #13	70 831
#15	MeSH descriptor: [screening] explode all trees	3 670
#16	(Screening):ti,ab,kw	52 183
#17	("Early detection"):ti,ab,kw	3 262
#18	("early diagnosis"):ti,ab,kw	2 099
#19	#15 OR #16 OR #17 OR #18	55 534
#20	#10 OR #14 OR #19	302 507
#21	#6 AND #20 with Cochrane Library publication date from Jun 2010 to Jun 2020, in Cochrane Reviews	14

Zal 6 Strategia wyszukiwania – alkohol – Embase (Ovid), data wyszukiwania: 20.06.2020

Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#1	exp alcohol abuse/	39 102
#2	"alcohol abuse".ab,kw,ti.	21 717
#3	"alcohol addiction".ab,kw,ti.	2 174
#4	"alcohol dependence".ab,kw,ti.	15 141
#5	Alcoholism.ab,kw,ti.	29 874
#6	1 or 2 or 3 or 4 or 5	83 730
#7	"Prevent*".ab,kw,ti.	2 730 447
#8	prevention.ab,kw,ti.	682 114
#9	prophylaxis.ab,kw,ti.	131 646
#10	7 or 8 or 9	1 819 413
#11	exp health education/	296 290

Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#12	"Patient Education".ab,kw,ti.	28 584
#13	Education.ab,kw,ti.	572 847
#14	11 or 12 or 13	771 728
#15	exp screening/	624 015
#16	Screening.ab,kw,ti.	711 741
#17	Early detection.ab,kw,ti.	86 011
#18	"early diagnosis".ab,kw,ti.	104 443
#19	15 or 16 or 17 or 18	1 124 925
#20	10 or 14 or 19	3 430 496
#21	6 and 20	18 765
#22	limit 21 to ((consensus development or meta analysis or "systematic review") and (english or polish) and last 10 years)	302

Zal 7 Strategia wyszukiwania – tytuł – baza Medline (PubMed), data wyszukiwania: 20.06.2020

Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#27	Search: #6 AND #25 Filters: Guideline, Meta-Analysis, Systematic Reviews, in the last 10 years, English, Polish	1 614
#26	Search: #6 AND #25	95 973
#25	Search: #10 OR #14 OR #19 OR #24	2 663 973
#24	Search: #20 OR #21 OR #22 OR #23	38 803
#23	Search: "Giving Up Smoking"[Title/Abstract]	252
#22	Search: "Smoking stopping"[Title/Abstract]	14
#21	Search: "smoking cessation"[Title/Abstract]	24 983
#20	Search: smoking cessation[MeSH Terms]	28 424
#19	Search: #15 OR #16 OR #17 OR #18	691 724
#18	Search: "early diagnosis"[Title/Abstract]	80 256
#17	Search: Early detection[Title/Abstract]	61 836
#16	Search: Screening[Title/Abstract]	525 616
#15	Search: screening[MeSH Terms]	146 771
#14	Search: #11 OR #12 OR #13	651 652
#13	Search: Education[Title/Abstract]	472 936
#12	Search: "Patient Education"[Title/Abstract]	18 951
#11	Search: health education[MeSH Terms]	242 624

Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#10	Search: #7 OR #8 OR #9	1 496 170
#9	Search: prophylaxis[Title/Abstract]	96 229
#8	Search: prevention[Title/Abstract]	565 976
#7	Search: Prevent*[Title/Abstract]	1 430 928
#6	Search: #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5	276 413
#5	Search: "Smoking dependence"[Title/Abstract]	202
#4	Search: "smoking addiction"[Title/Abstract]	222
#3	Search: "Smoking"[Title/Abstract]	222 419
#2	Search: "Smoking abuse"[Title/Abstract]	30
#1	Search: Smoking[MeSH Terms]	146 636

Zal 8 Strategia wyszukiwania – tytuł – Cochrane Library, data wyszukiwania: 20.06.2020

Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#1	MeSH descriptor: [Smoke] explode all trees	389
#2	("Smoking abuse"):ti,ab,kw	2
#3	("Smoking"):ti,ab,kw	30 835
#4	("smoking addiction"):ti,ab,kw	41
#5	("Smoking dependence"):ti,ab,kw	42
#6	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5	30 941
#7	("Prevent*"):ti,ab,kw	220 753
#8	("prevention"):ti,ab,kw	172 562
#9	("prophylaxis"):ti,ab,kw	24 081
#10	#7 OR #8 OR #9	229 762
#11	MeSH descriptor: [health education] explode all trees	19 385
#12	("Patient Education"):ti,ab,kw	13 158
#13	("Education"):ti,ab,kw	65 446
#14	#11 OR #12 OR #13	70 831
#15	MeSH descriptor: [screening] explode all trees	3 670
#16	(Screening):ti,ab,kw	52 183
#17	("Early detection"):ti,ab,kw	5 549
#18	("early diagnosis"):ti,ab,kw	2 099
#19	#15 OR #16 OR #17 OR #18	57 215
#20	MeSH descriptor: [smoking cessation] explode all trees	3 941
#21	("smoking cessation"):ti,ab,kw	9 965

Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#22	("Smoking stopping"):ti,ab,kw	1
#23	("Giving Up Smoking"):ti,ab,kw	42
#24	#20 OR #21 OR #22 OR #23	9 987
#25	#10 OR #14 OR #19 OR #24	330 645
#26	#6 AND #25 with Cochrane Library publication date from Jun 2010 to Jun 2020, in Cochrane Reviews	143

Zal 9 Strategia wyszukiwania – tytuł – Embase (Ovid), data wyszukiwania: 20.06.2020

Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#1	exp smoking/	366 349
#2	"Smoking abuse".ab,kw,ti.	46
#3	"Smoking".ab,kw,ti.	306 167
#4	"smoking addiction".ab,kw,ti.	318
#5	"Smoking dependence".ab,kw,ti.	248
#6	1 or 2 or 3 or 4 or 5	439 662
#7	"Prevent*".ab,kw,ti.	1 727 566
#8	prevention.ab,kw,ti.	680 992
#9	prophylaxis.ab,kw,ti.	131 304
#10	7 or 8 or 9	1 816 436
#11	exp health education/	295 904
#12	"Patient Education".ab,kw,ti.	28 548
#13	Education.ab,kw,ti.	571 877
#14	11 or 12 or 13	770 487
#15	exp screening/	623 108
#16	Screening.ab,kw,ti.	710 361
#17	Early detection.ab,kw,ti.	85 828
#18	"early diagnosis".ab,kw,ti.	104 261
#19	15 or 16 or 17 or 18	1 122 763
#20	exp smoking cessation/	58 253
#21	"smoking cessation".ab,kw,ti.	33 161
#22	"Smoking stopping".ab,kw,ti.	17
#23	"Giving Up Smoking".ab,kw,ti.	277
#24	20 or 21 or 22 or 23	63 893
#25	10 or 14 or 19 or 24	3 464 772
#26	6 and 25	147 227
#27	limit 26 to ((consensus development or meta analysis or "systematic review") and (english or polish) and last 10 years)	3016

Zal 10 Strategia wyszukiwania – narkotyki – baza Medline (PubMed), data wyszukiwania: 20.06.2020

Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#22	Search: #6 AND #20 Filters: Guideline, Meta-Analysis, Systematic Reviews, in the last 10 years, English, Polish	197
#21	Search: #6 AND #20	17 009
#20	Search: #10 OR #14 OR #19	2 642 928
#19	Search: #15 OR #16 OR #17 OR #18	691 748
#18	Search: "early diagnosis"[Title/Abstract]	80 262
#17	Search: Early detection[Title/Abstract]	61 839
#16	Search: Screening[Title/Abstract]	525 631
#15	Search: screening[MeSH Terms]	146 771
#14	Search: #11 OR #12 OR #13	651 666
#13	Search: Education[Title/Abstract]	472 950
#12	Search: "Patient Education"[Title/Abstract]	18 951
#11	Search: health education[MeSH Terms]	242 624
#10	Search: #7 OR #8 OR #9	1 496 217
#9	Search: prophylaxis[Title/Abstract]	96 229
#8	Search: prevention[Title/Abstract]	565 895
#7	Search: Prevent*[Title/Abstract]	1 430 975
#6	Search: #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5	69 974
#5	Search: "Drug Use Disorder"[Title/Abstract]	423
#4	Search: "Drug Dependence"[Title/Abstract]	3 949
#3	Search: "drug addiction"[Title/Abstract]	8 002
#2	Search: "drug abuse"[Title/Abstract]	17 627
#1	Search: drugs abuse[MeSH Terms]	46 920

Zal 11 Strategia wyszukiwania – narkotyki – Cochrane Library, data wyszukiwania: 20.06.2020

Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#1	MeSH descriptor: [Drug Users] explode all trees	110
#2	("drug abuse"):ti,ab,kw	2 162
#3	("drug addiction "):ti,ab,kw	551
#4	("drug dependence "):ti,ab,kw	1 542

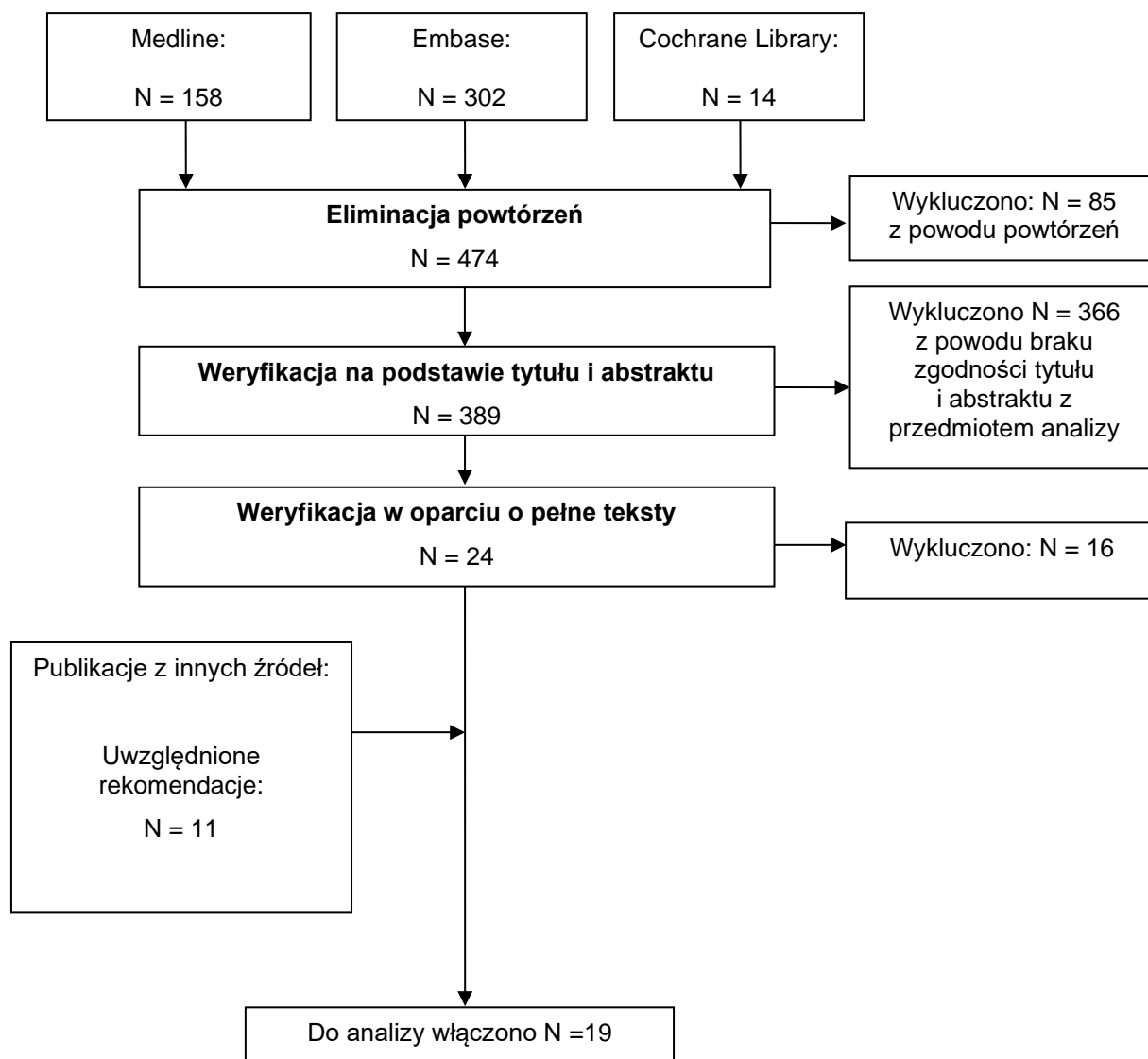
Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	4 102
#6	("Prevent*"):ti,ab,kw	43 676
#7	("prevention "):ti,ab,kw	172 562
#8	("prophylaxis "):ti,ab,kw	24 081
#9	#6 OR #7 OR #8	206 226
#10	MeSH descriptor: [health education] explode all trees	19 385
#11	("Patient Education "):ti,ab,kw	13 158
#12	("Education"):ti,ab,kw	65 446
#13	#10 OR #11 OR #12	70 831
#14	MeSH descriptor: [screening] explode all trees	3 670
#15	(Screening):ti,ab,kw	52 183
#16	("Early detection "):ti,ab,kw	3 262
#17	("early diagnosis "):ti,ab,kw	2 099
#18	#14 OR #15 OR #16 OR #17	55 534
#19	#9 OR #13 OR #18	302 507
#20	#5 AND #19 with Cochrane Library publication date from Jun 2010 to Jun 2020, in Cochrane Reviews	5

Zal 12 Strategia wyszukiwania – narkotyki – Embase (Ovid), data wyszukiwania: 20.06.2020

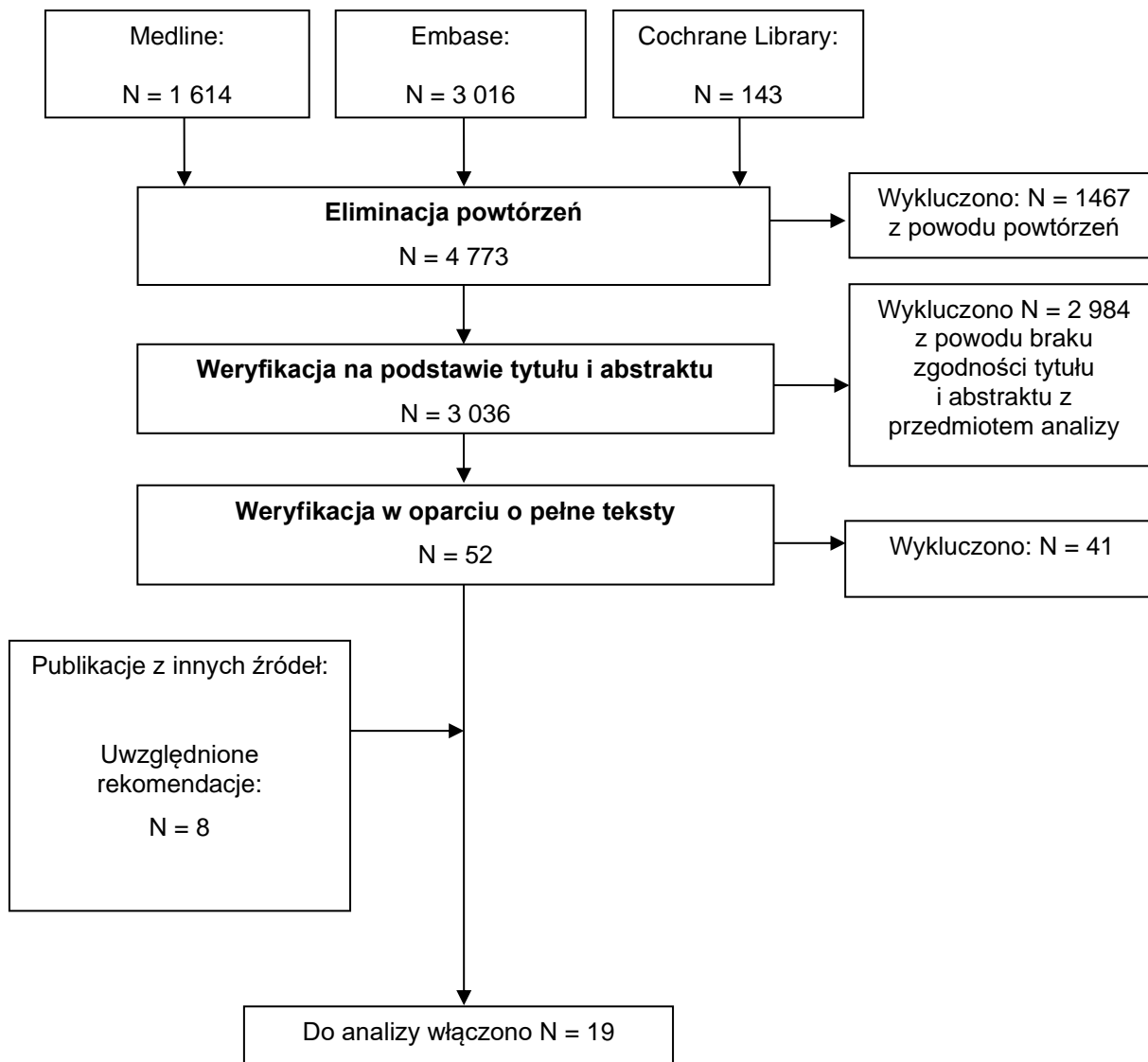
Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#1	„drugs abuse”.ab,kw,ti.	292
#2	"drug addiction".ab,kw,ti.	9 031
#3	"Drug Dependence".ab,kw,ti.	4 866
#4	"Drug Use Disorder".ab,kw,ti.	532
#5	1 or 2 or 3 or 4	14 318
#6	"Prevent*" .ab,kw,ti.	1 727 566
#7	prevention.ab,kw,ti.	680 992
#8	prophylaxis.ab,kw,ti.	131 304
#9	6 or 7 or 8	1 816 436
#10	exp health education/	295 904
#11	"Patient Education".ab,kw,ti.	28 548
#12	Education.ab,kw,ti.	571 877
#13	10 or 11 or 12	770 487
#14	exp screening/	623 108
#15	Screening.ab,kw,ti.	710 361
#16	Early detection.ab,kw,ti.	85 828
#17	"early diagnosis".ab,kw,ti.	104 261

Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#18	14 or 15 or 16 or 17	1 122 793
#19	9 or 13 or 18	3 424 635
#20	5 and 19	2 934
#21	limit 20 to ((consensus development or meta analysis or "systematic review") and (english or polish) and last 10 years)	36

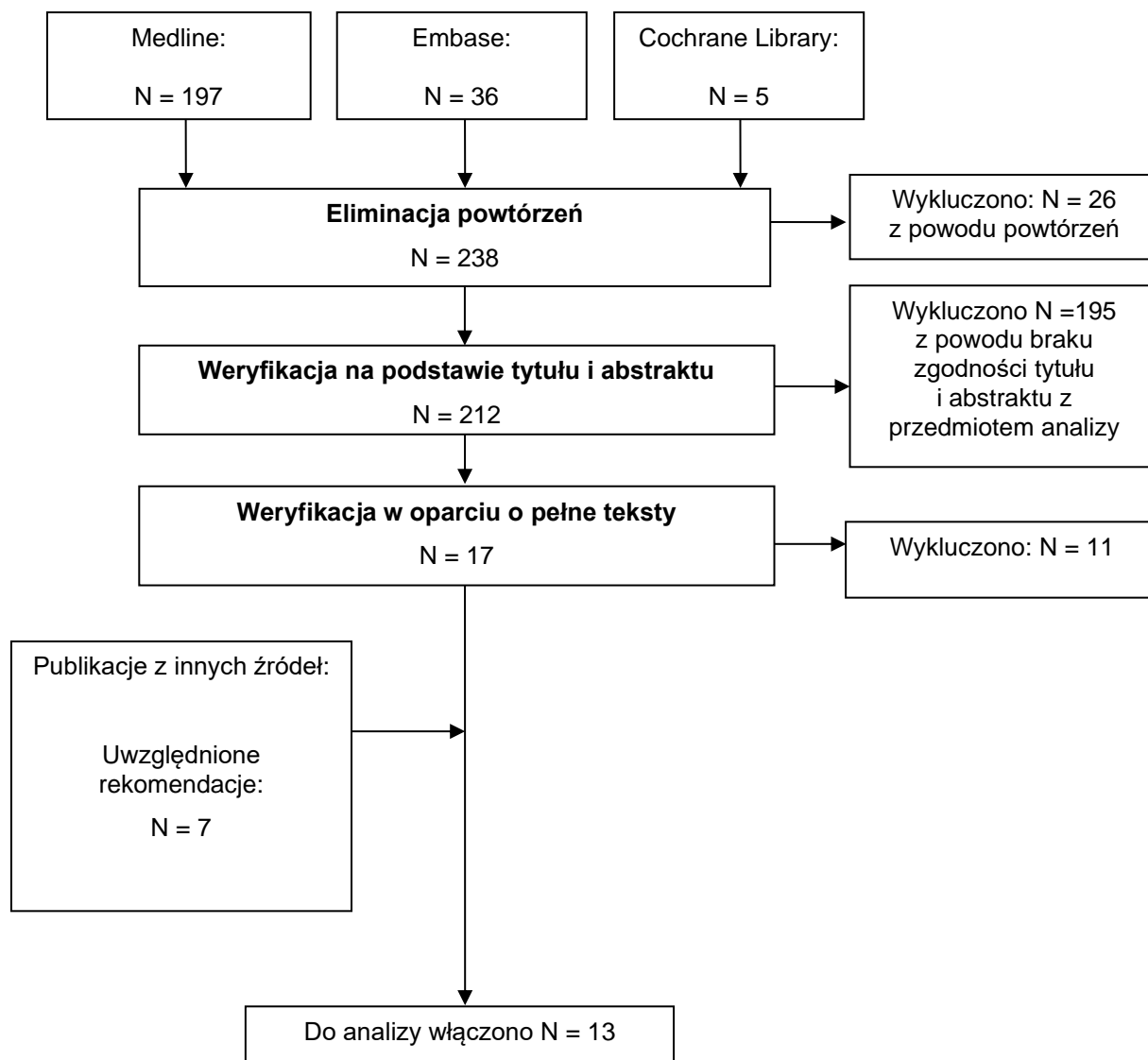
Zal 13 Etapy procesu prowadzącego do ostatecznej selekcji – alkohol



Zal 14 Etapy procesu prowadzącego do ostatecznej selekcji – tytuń



Zal 15 Etapy procesu prowadzącego do ostatecznej selekcji – narkotyki



Zal 16 Wykaz publikacji włączonych do analizy skuteczności na podstawie abstraktów oraz wynik analizy tych publikacji na podstawie pełnego tekstu (kolumna Status na podst. pełnego tekstu) ze strategii wyszukiwania. Publikacje włączone na podstawie pełnego tekstu zostały pogrubione.

Lp.	Autorzy, Tytuł, Czasopismo	Status na podstawie pełnego tekstu	Powód wykluczenia (P, I, S)
1	Agabio, R., Trincas, G., Floris, F., Mura, G., Sancassiani, F., & Angermeyer, M. C. (2015). A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs. <i>Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH</i> , 11(Suppl 1 M6), 102.	Wykl.	I
2	Ahankari, A. S., Wray, J., Jomeen, J., & Hayter, M. (2019). The effectiveness of combined alcohol and sexual risk taking reduction interventions on the sexual behaviour of teenagers and young adults: a systematic review. <i>Public health</i> , 173, 83-96.	Wykl.	P, I
3	Ali, A., Kaplan, C. M., Derefinko, K. J., & Klesges, R. C. (2018). Smoking cessation for smokers not ready to quit: meta-analysis and cost-effectiveness analysis. <i>American journal of preventive medicine</i> , 55(2), 253-262.	Wykl.	I
4	Allara, E., Ferri, M., Bo, A., Gasparrini, A., & Faggiano, F. (2015). Are mass-media campaigns effective in preventing drug use? A	Wł.	

	Cochrane systematic review and meta-analysis. <i>BMJ open</i>, 5(9).		
5	Allen, M. L., Garcia-Huidobro, D., Porta, C., Curran, D., Patel, R., Miller, J., & Borowsky, I. (2016). Effective parenting interventions to reduce youth substance use: a systematic review. <i>Pediatrics</i> , 138(2).	Wykl.	I, S
6	Amato, L., Davoli, M., Vecchi, S., Ali, R., Farrell, M., Faggiano, F., ... & Chengzheng, Z. (2011). Cochrane systematic reviews in the field of addiction: what's there and what should be. <i>Drug and alcohol dependence</i> , 113(2-3), 96-103.	Wykl.	I
7	Amato, L., Mitrova, Z., Davoli, M., & Cochrane Drugs and Alcohol Group. (2013). Cochrane systematic reviews in the field of addiction: past and future. <i>Journal of Evidence-Based Medicine</i> , 6(4), 221-228.	Wykl.	I, S
8	Ameer, F., Carson, K., Sayemhiri, K., Sayemhiri, F., Brinn, M., Chang, A., ... & Smith, B. (2014). Mass media interventions for preventing smoking in young people: a Cochrane systematic review.	Wykl.	Brak pełnego tekstu
9	Asfar, T., Ebbert, J. O., Klesges, R. C., & Relyea, G. E. (2011). Do smoking reduction interventions promote cessation in smokers not ready to quit?. <i>Addictive behaviors</i> , 36(7), 764-768.	Wykl.	I
10	Aveyard, P., Begh, R., Parsons, A., & West, R. (2012). Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. <i>Addiction</i>, 107(6), 1066-1073.	Wł.	
11	Bala, M. M., Strzeszynski, L., & Topor-Madry, R. (2017). Mass media interventions for smoking cessation in adults. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (11).	Wykl.	S
12	Barata, I. A., Shandro, J. R., Montgomery, M., Polansky, R., Sachs, C. J., Duber, H. C., ... & Macias-Konstantopoulos, W. (2017). Effectiveness of SBIRT for alcohol use disorders in the emergency department: a systematic review. <i>Western journal of emergency medicine</i> , 18(6), 1143.	Wykl.	I
13	Bartsch, A. L., Härter, M., Niedrich, J., Brütt, A. L., & Buchholz, A. (2016). A systematic literature review of self-reported smoking cessation counseling by primary care physicians. <i>PLoS One</i> , 11(12), e0168482.	Wykl.	I
14	Behbod, B., Sharma, M., Baxi, R., Roseby, R., & Webster, P. (2018). Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>, (1).	Wł.	
15	Bennett, B. L., Deiner, M., & Pokhrel, P. (2017). College anti-smoking policies and student smoking behavior: a review of the literature. <i>Tobacco Induced Diseases</i> , 15(1), 11.	Wykl.	I, S
16	Berg, M. L., Cheung, K. L., Hilgsmann, M., Evers, S., de Kinderen, R. J., Kulchaitanaroaj, P., & Pokhrel, S. (2017). Model-based economic evaluations in smoking cessation and their transferability to new contexts: a systematic review. <i>Addiction</i> , 112(6), 946-967.	Wykl.	S
17	Bergen, G., Pitan, A., Qu, S., Shults, R. A., Chattopadhyay, S. K., Elder, R. W., ... & Clymer, J. M. (2014). Publicized sobriety checkpoint programs: a community guide systematic review. <i>American Journal of Preventive Medicine</i> , 46(5), 529-539.	Wykl.	I
18	Beyer, F. R., Campbell, F., Bertholet, N., Daepfen, J. B., Saunders, J. B., Pienaar, E. D., ... & Kaner, E. F. S. (2019). The Cochrane 2018 review on brief interventions in primary care for hazardous and harmful alcohol consumption: a distillation for clinicians and policy makers. <i>Alcohol and Alcoholism</i>, 54(4), 417-427.	Wł.	
19	Beyer, F., Rice, S., Simpson, J., Craig, D., Caldwell, D., Angus, C., ... & Kaner, E. (2019). Reducing hazardous alcohol consumption: an evidence synthesis. <i>The Lancet</i> , 394, S24.	Wykl.	Brak pełnego tekstu
20	Bhochhibhoya, A., Hayes, L., Branscum, P., & Taylor, L. (2015). The use of	Wykl.	P

	the internet for prevention of binge drinking among the college population: a systematic review of evidence. <i>Alcohol and alcoholism</i> , 50(5), 526-535.		
21	Bo, A., Hai, A. H., & Jaccard, J. (2018). Parent-based interventions on adolescent alcohol use outcomes: A systematic review and meta-analysis. <i>Drug and alcohol dependence</i> , 191, 98-109.	Wykl.	S
22	Bolin, K. (2011). Economic value of smoking cessation therapies: a critical and systematic review of simulation-generated evidence. <i>PharmacoEconomics</i> , 29(2).	Wykl.	Brak pełnego tekstu
23	Boumparis, N., Karyotaki, E., Schaub, M. P., Cuijpers, P., & Riper, H. (2017). Internet interventions for adult illicit substance users: A meta-analysis. <i>Addiction</i>, 112(9), 1521-1532.	Wi.	
24	Brose, L. S., Simonavicius, E., & McNeill, A. (2018). Maintaining abstinence from smoking after a period of enforced abstinence—systematic review, meta-analysis and analysis of behaviour change techniques with a focus on mental health. <i>Psychological medicine</i> , 48(4), 669-678.	Wykl.	I
25	Brose, L. S., West, R., McDermott, M. S., Fidler, J. A., Croghan, E., & McEwen, A. (2011). What makes for an effective stop-smoking service?. <i>Thorax</i> , 66(10), 924-926.	Wykl.	S
26	Cahill, K., & Lancaster, T. (2014). Workplace interventions for smoking cessation. <i>Cochrane database of systematic reviews</i> , (2).	Wykl.	I
27	Carey, K. B., Scott-Sheldon, L. A., Elliott, J. C., Garey, L., & Carey, M. P. (2012). Face-to-face versus computer-delivered alcohol interventions for college drinkers: A meta-analytic review, 1998 to 2010. <i>Clinical psychology review</i> , 32(8), 690-703.	Wykl.	S
28	Carney, T., Myers, B. J., Louw, J., & Okwundu, C. I. (2016). Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. <i>Cochrane database of systematic reviews</i>, (1).	Wi.	
29	Carson, K. V., Brinn, M. P., Labiszewski, N. A., Esterman, A. J., Chang, A. B., & Smith, B. J. (2011). Community interventions for preventing smoking in young people. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>, (7).	Wi.	
30	Carson, K. V., Verbiest, M. E., Crone, M. R., Brinn, M. P., Esterman, A. J., Assendelft, W. J., & Smith, B. J. (2012). Training health professionals in smoking cessation. <i>Cochrane database of systematic reviews</i>, (5).	Wi.	
31	Champion, K. E., Newton, N. C., Barrett, E. L., & Teesson, M. (2013). A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the Internet. <i>Drug and alcohol review</i> , 32(2), 115-123.	Wykl.	S
32	Champion, K. E., Parmenter, B., McGowan, C., Spring, B., Wafford, Q. E., Gardner, L. A., ... & Newton, N. C. (2019). Effectiveness of school-based eHealth interventions to prevent multiple lifestyle risk behaviours among adolescents: a systematic review and meta-analysis. <i>The Lancet Digital Health</i> , 1(5), e206-e221.	Wykl.	P
33	Chebli, J. L., Blaszczyński, A., & Gainsbury, S. M. (2016). Internet-based interventions for addictive behaviours: a systematic review. <i>Journal of gambling studies</i> , 32(4), 1279-1304.	Wykl.	P
34	Chen, D., & Wu, L. T. (2015). Smoking cessation interventions for adults aged 50 or older: a systematic review and meta-analysis. <i>Drug and alcohol dependence</i> , 154, 14-24.	Wykl.	I
35	Civiljak M. Internet-based interventions for smoking cessation. The Cochrane database of systematic reviews 2013; 7 (pp CD007078):2013	Wykl.	Brak pełnego tekstu
36	Davey, C. J., Landy, M. S., Pecora, A., Quintero, D., & McShane, K. E. (2015). A realist review of brief interventions for alcohol misuse delivered in	Wykl.	I

	emergency departments. <i>Systematic reviews</i> , 4(1), 1-16.		
37	Dawyniak, S., Lange, T., & Adam, S. (2015). Effect of school-based prevention programs on alcohol consumption of adolescents in Europe-a systematic review: 149/626. <i>Annals of Nutrition and Metabolism</i> , 67, 381-382.	Wykl.	Brak pełnego tekstu
38	De Bruin, M., Viechtbauer, W., Eisma, M. C., Hartmann-Boyce, J., West, R., Bull, E., ... & Johnston, M. (2016). Identifying effective behavioural components of Intervention and Comparison group support provided in SMOKing cEssation (IC-SMOKE) interventions: a systematic review protocol. <i>Systematic reviews</i> , 5(1), 77.	Wykl.	S
39	de Kleijn, M. J., Farmer, M. M., Booth, M., Motala, A., Smith, A., Sherman, S., ... & Shekelle, P. (2015). Systematic review of school-based interventions to prevent smoking for girls. <i>Systematic reviews</i>, 4(1), 1-12.	Wł.	
40	Do, H. P., Tran, B. X., Le Pham, Q., Nguyen, L. H., Tran, T. T., Latkin, C. A., ... & Baker, P. R. (2018). Which eHealth interventions are most effective for smoking cessation? A systematic review. <i>Patient preference and adherence</i> , 12, 2065.	Wykl.	I
41	Duncan, L. R., Pearson, E. S., & Maddison, R. (2018). Smoking prevention in children and adolescents: A systematic review of individualized interventions. <i>Patient education and counseling</i> , 101(3), 375-388.	Wykl.	I, S
42	Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E., & Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>, (12).	Wł.	
43	Fanshawe, T. R., Halliwell, W., Lindson, N., Aveyard, P., Livingstone-Banks, J., & Hartmann-Boyce, J. (2017). Tobacco cessation interventions for young people. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>, (11).	Wł.	
44	Feltner, C., Peterson, K., Palmieri Weber, R., Cluff, L., Coker-Schwimmer, E., Viswanathan, M., & Lohr, K. N. (2016). The effectiveness of Total worker health interventions: a systematic review for a National Institutes of Health pathways to prevention workshop. <i>Annals of internal medicine</i> , 165(4), 262-269.	Wykl.	P, I
45	Ferri, M., Allara, E., Bo, A., Gasparrini, A., & Faggiano, F. (2013). Media campaigns for the prevention of illicit drug use in young people. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>, (6).	Wł.	
46	Flynn, A. B., Falco, M., & Hocini, S. (2015). Independent evaluation of middle school-based drug prevention curricula: a systematic review. <i>JAMA pediatrics</i> , 169(11), 1046-1052.	Wykl.	S
47	Foxcroft, D. R., Coombes, L., Wood, S., Allen, D., & Santimano, N. M. A. (2014). Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>, (8).	Wł.	
48	Gilligan C, Wolfenden L, Foxcroft DR, Williams AJ, Kingsland M, Hodder RK, Stockings E, McFadyen TR, Tindall J, Sherker S, et al. Family based prevention programmes for alcohol use in young people. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>	Wykl.	Brak pełnego tekstu
49	Gould, G., Bar-Zeev, Y., Twyman, L., Stevenson, L., Palazzi, K., & Bonevski, B. (2017, November). Health Professionals Performing the "5AS" for Smoking Cessation and Prescribing Nicotine Replacement Therapy During Pregnancy: Meta-Analysis of a Systematic Review. In <i>Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology</i> (Vol. 13, pp. 16-16). 111 RIVER ST, HOBOKEN 07030-5774, NJ USA: WILEY.	Wykl.	Brak pełnego tekstu
50	Grimshaw, G., & Stanton, A. (2006). Tobacco cessation interventions for young people. <i>Cochrane database of systematic reviews</i> , (4).	Wykl.	S
51	Hodder, R. K., Freund, M., Wolfenden, L., Bowman, J., Nepal, S., Dray, J., ... & Wiggers, J. (2017). Systematic review of universal school-based 'resilience' interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit	Wł.	

	substance use: A meta-analysis. <i>Preventive medicine</i>, 100, 248-268.		
52	Hodder, R. K., Freund, M., Wolfenden, L., Bowman, J., Nepal, S., Dray, J., ... & Wiggers, J. (2017). Systematic review of universal school-based 'resilience' interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit substance use: A meta-analysis. <i>Preventive medicine</i>, 100, 248-268.	Wi.	
53	Ickes, M. J., Haider, T., & Sharma, M. (2015). Alcohol abuse prevention programs in college students. <i>Journal of Substance Use</i> , 20(3), 208-227.	Wykl.	Brak pełnego tekstu
54	Jiang, S., Wu, L., & Gao, X. (2017). Beyond face-to-face individual counseling: A systematic review on alternative modes of motivational interviewing in substance abuse treatment and prevention. <i>Addictive behaviors</i>, 73, 216-235.	Wi.	
55	Johnson, M., Jackson, R., Guillaume, L., Meier, P., & Goyder, E. (2011). Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. <i>Journal of Public Health</i> , 33(3), 412-421.	Wykl.	S
56	Kelly, S., Olanrewaju, O., Cowan, A., Brayne, C., & Lafortune, L. (2018). Interventions to prevent and reduce excessive alcohol consumption in older people: a systematic review and meta-analysis. <i>Age and ageing</i>, 47(2), 175-184.	Wi.	
57	Khayyati, F., Allahverdipour, H., Shaghghi, A., & Fathifar, Z. (2015). Tobacco use prevention by integrating inside and outside of school based programs: a systematic review article. <i>Health promotion perspectives</i> , 5(2), 81.	Wykl.	I
58	Klimas, J., Fairgrieve, C., Tobin, H., Field, C. A., O'Gorman, C. S., Glynn, L. G., ... & Cullen, W. (2018). Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (12).	Wykl.	S
59	Klinsophon, T., Thaveerathittham, P., Sitthipornvorakul, E., & Janwantanakul, P. (2017). Effect of exercise type on smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. <i>BMC research notes</i> , 10(1), 442.	Wykl.	I
60	Knowlden, A. P., Ickes, M. J., & Sharma, M. (2014). Systematic analysis of tobacco treatment interventions implemented in worksite settings. <i>Journal of Substance Use</i> , 19(4), 283-294.	Wykl.	S
61	Kock, L., Brown, J., Hiscock, R., Tattan-Birch, H., Smith, C., & Shahab, L. (2019). Individual-level behavioural smoking cessation interventions tailored for disadvantaged socioeconomic position: a systematic review and meta-regression. <i>The Lancet Public Health</i>, 4(12), e628-e644.	Wi.	
62	Kuitunen-Paul, S., & Roerecke, M. (2018). Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and mortality risk: a systematic review and meta-analysis. <i>J Epidemiol Community Health</i> , 72(9), 856-863.	Wykl.	S
63	Lai, D. T., Cahill, K., Qin, Y., & Tang, J. L. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation. <i>Cochrane database of systematic reviews</i>, (1).	Wi.	
64	Laxdal, R. (2018). EFFECTIVENESS OF ONLINE/WEB-BASED SMOKING PREVENTION AND CESSATION PROGRAMS IN ADOLESCENTS. <i>Canadian Journal of Respiratory Therapy</i> , 54(2).	Wykl.	Brak pełnego tekstu
65	Lunde, S. (2013). Youth tobacco use: who has a say?. <i>The Lancet</i> , 381(9864), 357.	Wykl.	Brak pełnego tekstu
66	MacArthur, G. J., Harrison, S., Caldwell, D. M., Hickman, M., & Campbell, R. (2016). Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11–21 years: a systematic review and meta-analysis. <i>Addiction</i> , 111(3), 391-407.	Wykl.	P

67	MacArthur, G. J., Harrison, S., Caldwell, D. M., Hickman, M., & Campbell, R. (2016). Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11–21 years: a systematic review and meta-analysis. <i>Addiction</i> , 111(3), 391-407.	Wykl.	I
68	Matkin, W., Ordóñez-Mena, J. M., & Hartmann-Boyce, J. (2019). Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane database of systematic reviews, (5)	Wł.	
69	McCraib, S., Baker, A. L., Attia, J., Skelton, E., Twyman, L., Palazzi, K., ... & Bonevski, B. (2019). Internet-based programs incorporating behavior change techniques are associated with increased smoking cessation in the general population: a systematic review and meta-analysis. <i>Annals of Behavioral Medicine</i> , 53(2), 180-195.	Wykl.	Brak pełnego tekstu
70	Mueller, G., Schumacher, P., Wetzlmair, J., & Pallauf, M. (2016). Screening questionnaires to identify problem drinking in the primary care setting: a systematic review. <i>Journal of Public Health</i> , 24(1), 9-19.	Wykl.	Brak pełnego tekstu
71	Newton, N. C., Champion, K. E., Slade, T., Chapman, C., Stapinski, L., Koning, I., ... & Teesson, M. (2017). A systematic review of combined student- and parent-based programs to prevent alcohol and other drug use among adolescents. <i>Drug and alcohol review</i> , 36(3), 337-351.	Wykl.	S
72	O'Connor, E., Thomas, R., Senger, C. A., Perdue, L., Robalino, S., & Patnode, C. (2020). Interventions to prevent illicit and nonmedical drug use in children, adolescents, and young adults: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. <i>Jama</i>, 323(20), 2067-2079.	Wł.	
73	Onrust, S. A., Otten, R., Lammers, J., & Smit, F. (2016). School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: What works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. <i>Clinical Psychology Review</i> , 44, 45-59.	Wykl.	S
74	Oosterveen, E., Tzelepis, F., Ashton, L., & Hutchesson, M. J. (2017). A systematic review of eHealth behavioral interventions targeting smoking, nutrition, alcohol, physical activity and/or obesity for young adults. <i>Preventive medicine</i> , 99, 197-206.	Wykl.	P
75	Patnode, C. D., O'Connor, E., Rowland, M., Burda, B. U., Perdue, L. A., & Whitlock, E. P. (2014). Primary care behavioral interventions to prevent or reduce illicit drug use and nonmedical pharmaceutical use in children and adolescents: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. <i>Annals of internal medicine</i> , 160(9), 612-620.	Wykl.	S
76	Perry, A. E., Woodhouse, R., Neilson, M., Martyn St James, M., Glanville, J., Hewitt, C., & Trépel, D. (2016). Are non-pharmacological interventions effective in reducing drug use and criminality? A systematic and meta-analytical review with an economic appraisal of these interventions. <i>International journal of environmental research and public health</i> , 13(10), 966.	Wykl.	P, I
77	Poudel, N., & Kavookjian, J. (2018). Motivational Interviewing as a Strategy for Smoking Cessation Among Adolescents-A Systematic Review. <i>Value in Health</i> , 21, S238-S239.	Wykl.	S
78	Poudel, N., & Kavookjian, J. (2018). Motivational Interviewing as a Strategy for Smoking Cessation Among Adolescents-A Systematic Review. <i>Value in Health</i> , 21, S238-S239.	Wykl.	Brak pełnego tekstu
79	Rooke, S., Thorsteinsson, E., Karpin, A., Copeland, J., & Allsop, D. (2010). Computer-delivered interventions for alcohol and tobacco use: a meta-analysis. <i>Addiction</i> , 105(8), 1381-1390.	Wykl.	I
80	Rosen, L. J., Noach, M. B., Winickoff, J. P., & Hovell, M. F. (2012). Parental smoking cessation to protect young children: a systematic review and meta-analysis. <i>Pediatrics</i> , 129(1), 141-152.	Wykl.	I
81	Saba, M., Diep, J., Saini, B., & Dhipayom, T. (2014). Meta-analysis of the	Wykl.	I

	effectiveness of smoking cessation interventions in community pharmacy. <i>Journal of clinical pharmacy and therapeutics</i> , 39(3), 240-247.		
82	Sheals, K., Tombor, I., McNeill, A., & Shahab, L. (2016). A mixed-method systematic review and meta-analysis of mental health professionals' attitudes toward smoking and smoking cessation among people with mental illnesses. <i>Addiction</i> , 111(9), 1536-1553.	Wykl.	I, S
83	Shrestha, U., Hanson, J., Weber, T., & Ingersoll, K. (2019). Community perceptions of alcohol exposed pregnancy prevention program for American Indian and Alaska Native teens. <i>International journal of environmental research and public health</i> , 16(10), 1795.	Wykl.	P, S
84	Smith, P., Poole, R., Mann, M., Nelson, A., Moore, G., & Brain, K. (2019). Systematic review of behavioural smoking cessation interventions for older smokers from deprived backgrounds. <i>BMJ open</i> , 9(11).	Wykl.	P, I
85	Stead, L. F., Carroll, A. J., & Lancaster, T. (2017). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. <i>Cochrane database of systematic reviews</i> , (3).	Wykl.	I
86	Stockings, E., Bartlem, K., Hall, A., Hodder, R., Gilligan, C., Wiggers, J., ... & Wolfenden, L. (2018). Whole-of-community interventions to reduce population-level harms arising from alcohol and other drug use: a systematic review and meta-analysis. <i>Addiction</i>, 113(11), 1984-2018.	Wł.	
87	Stockings, E., Hall, W. D., Lynskey, M., Morley, K. I., Reavley, N., Strang, J., ... & Degenhardt, L. (2016). Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. <i>The Lancet Psychiatry</i> , 3(3), 280-296.	Wykl.	S
88	Thomas, R. E., McLellan, J., & Perera, R. (2013). School-based programmes for preventing smoking. <i>Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal</i> , 8(5), 1616-2040.	Wykl.	I
89	Timko, C., Kong, C., Vittorio, L., & Cucciare, M. A. (2016). Screening and brief intervention for unhealthy substance use in patients with chronic medical conditions: a systematic review. <i>Journal of clinical nursing</i> , 25(21-22), 3131-3143.	Wykl.	I, S
90	Tzelepis, F., Paul, C. L., Walsh, R. A., McElduff, P., & Knight, J. (2011). Proactive telephone counseling for smoking cessation: meta-analyses by recruitment channel and methodological quality. <i>Journal of the National Cancer Institute</i> , 103(12), 922-941.	Wykl.	I
91	White, P., Skirrow, H., George, A., & Memon, A. (2018). A systematic review of economic evaluations of local authority commissioned preventative public health interventions in overweight and obesity, physical inactivity, alcohol and illicit drugs use and smoking cessation in the United Kingdom. <i>Journal of Public Health</i> , 40(4), e521-e530.	Wykl.	P
92	Peirson, L., Kenny, M., Ali, M. U., Rice, M., Raina, P., & Sherifali, D. (2015). Interventions for prevention and treatment of tobacco smoking in school-aged children and adolescents: protocol for updating a systematic review and meta-analysis. <i>McMaster University: Hamilton, Ontario.</i>	Wł.	
93	Wood, S. K., Eckley, L., Hughes, K., Hardcastle, K. A., Bellis, M. A., Schrooten, J., ... & Voorham, L. (2014). Computer-based programmes for the prevention and management of illicit recreational drug use: a systematic review. <i>Addictive behaviors</i> , 39(1), 30-38.	Wykl.	S
94	Wray, J. M., Funderburk, J. S., Acker, J. D., Wray, L. O., & Maisto, S. A. (2018). A meta-analysis of brief tobacco interventions for use in integrated primary care. <i>Nicotine and Tobacco Research</i> , 20(12), 1418-1426.	Wykl.	I

P – populacja, I – interwencja, S – metodyka

Załącznik 17 Symulacja liczbowa realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie uzależnień od substancji psychoaktywnych.

Ze względu na charakter interwencji uwzględnionych w raporcie i dostępnych danych nie jest możliwe przeprowadzenie symulacji liczbowej.

Zal 18 Proponowany szablon programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych.