



## Rekomendacja nr 180/2025

z dnia 28 listopada 2025 r.

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

**Prezes Agencji rekomenduje** przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej działań edukacyjnych w populacji ogólnej, działań edukacyjnych dla młodzieży w wieku szkolnym oraz szkoleń dla rodziców lub opiekunów prawnych tych dzieci, szkoleń dla personelu medycznego, dla kadry pedagogicznej, dokonanie oceny klinicznej w populacji młodzieży (11-18 lat) lub młodych dorosłych (19-30 lat) mającej na celu identyfikację osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz prowadzenie interwencji antyuzywkowych wśród uczestników z objawami uzależnienia.

**Prezes Agencji nie rekomenduje** wykorzystywania w ramach programów polityki zdrowotnej innych technologii medycznych i działań, jak również odmiennych warunków realizacji niż uwzględnione w niniejszym dokumencie.

#### **Uzasadnienie**

Niniejsza rekomendacja stanowi aktualizację Rekomendacji nr 12/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych zgodnie z art. 48aa ust. 8. Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych klasyfikowane są jako zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych. Nie wszystkie osoby mające kontakt z daną substancją psychoaktywną uzależniają się od niej, jedynie osoby cechujące się wysoką podatnością na uzależnienie. Uzależnienie jest chorobą przewlekłą, optymalnym celem w leczeniu osób uzależnionych jest osiągnięcie trwałej abstynencji. Wyróżnia się dwa podstawowe wzory spożywania alkoholu wymagające interwencji tj.: picie szkodliwe oraz uzależnienie. Ważna jest prawidłowa ich identyfikacja, gdyż na jej podstawie należy oprzeć sposób pomocy i leczenia. Uzależnienie od nikotyny składa się z dwóch komponentów: uzależnienia fizycznego i uzależnienia psychicznego. 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).

Prezes Agencji biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości, odnalezione dowody naukowe, opinie ekspertów klinicznych, obowiązujące przepisy prawa oraz dane epidemiologiczne dotyczące profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych, zaleca przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej (PPZ):

- działań informacyjno-edukacyjnych dla populacji ogólnej z zakresu zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych, dotyczących uzależnień od substancji psychoaktywnych;
- szkoleń dla personelu medycznego z zakresu profilaktyki i umiejętności komunikacji z pacjentem, u którego stwierdzono obecność uzależnień od substancji psychoaktywnych;

- szkoleń dla rodziców lub opiekunów prawnych młodzieży biorącej udział w programie, w zakresie profilaktyki uzależnień oraz roli rodziny, wsparcia rodzica i jego postawy w kontekście walki z uzależnieniami;
- szkoleń dla kadry pedagogicznej w zakresie wsparcia informacyjnego uczniów dot. problematyki uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz motywowaniu ich do zmiany zachowania;
- edukacji dla młodzieży w wieku szkolnym, ukierunkowanej na zapobieganie inicjacji używania substancji lub opóźnienie wieku inicjacji używania substancji;
- wizyty kwalifikacyjnej mającej na celu identyfikację osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych;
- interwencji antyuzwywkowej, dla uczestników programu, u których stwierdzono obecność uzależnienia od substancji psychoaktywnej.

Według danych Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom na przestrzeni lat 1992-2021 zdecydowanie wzrósł odsetek uczniów spożywających napoje alkoholowe.

Dane z Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach (ESPAD) wskazują, że w roku 2024, 61,4% nastolatków między 15 a 16 r.ż. zadeklarowało, że nigdy nie paliło wyrobów tytoniowych, natomiast 56,7% korzystało z e-papierosów na przestrzeni swojego życia. W przypadku grupy między 17 a 18 r.ż., jedynie 43,9% uczniów zachowało abstynencję nikotynową.

Odsetek osób przyznających się do zażywania narkotyków na przestrzeni lat 1992-2021 roku wzrósł o 8% (z 5% do 13%), natomiast obecnie obserwowany jest stopniowy spadek tego odsetka.

Zgodnie z wynikami badań ankietowych ESPAD w roku 2024, najczęściej stosowaną używką wśród młodzieży, zarówno między 15 a 16 r.ż. (16,9%), jak i między 17 a 18 r.ż. (33,1%), jest marihuana. Drugą w kolejności używką są leki uspokajające i nasenne bez recepty (17,9% oraz 20,7%).

Dostępne dane epidemiologiczne, wytyczne praktyki klinicznej, opinie ekspertów oraz dowody naukowe wskazują na zasadność prowadzenia działań ukierunkowanych na profilaktykę uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Podkreśla się znaczenie działań informacyjno-edukacyjnych w szczególności młodzieży, ale także rodziców, i nauczycieli, szkolenia dla personelu medycznego, poradnictwo antyuzwywkowe oraz konsultacje specjalistyczne. Należy stosować wystandaryzowane kwestionariusze przesiewowe w kierunku uzależnienia od poszczególnych substancji psychoaktywnych.

Niniejsza rekomendacja obejmuje zarówno etapy realizowane przez podmiot wdrażający projekt programu polityki zdrowotnej, jak i te przeprowadzane przez jego realizatora. Szczegóły przedstawiono w dalszej części poświęconej warunkom realizacji programu.

## 1. Problem zdrowotny i epidemiologia

Uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych klasyfikowane są jako zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych. 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.

Istotny aspekt rozwoju uzależnienia wynika ze wzmacniającego (nagradzającego) charakteru substancji psychoaktywnych, 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 allostazy, neuroadaptacji i neuroplastyczności.

Zgodnie z polską wersją językową ICD-11 uzależnienia od poszczególnych substancji psychoaktywnych obejmują następujące kody:

- 6C40 Zaburzenia związane z używaniem alkoholu, nieokreślone;
- 6C41 Zaburzenia związane z używaniem kannabinoidów pochodzenia roślinnego;
- 6C42 Zaburzenia związane z używaniem syntetycznych kannabinoidów;
- 6C43 Zaburzenia związane z używaniem opioidów;
- 6C44 Zaburzenia związane z używaniem leków uspokajających, nasennych lub przeciwłękowych;
- 6C45 Zaburzenia związane z używaniem kokainy;
- 6C46 Zaburzenia związane z używaniem środków pobudzających, w tym amfetaminy, metamfetaminy lub metylkatynonu;
- 6C47 Zaburzenia spowodowane używaniem syntetycznych katynonów;
- 6C48 Zaburzenia spowodowane używaniem kofeiny;
- 6C49 Zaburzenia spowodowane używaniem halucynogenów;
- 6C4A Zaburzenia spowodowane używaniem nikotyny;
- 6C4B Zaburzenia spowodowane używaniem lotnych środków wziewnych;
- 6C4C Zaburzenia spowodowane używaniem MDMA lub narkotyków pokrewnych, w tym MDA;
- 6C4D Zaburzenia spowodowane używaniem narkotyków dysocjacyjnych, w tym ketaminy i fencyklidyny [PCP];
- 6C4E Zaburzenia spowodowane używaniem innych określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków;
- 6C4F Zaburzenia spowodowane używaniem wielu określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków;
- 6C4G Zaburzenia spowodowane używaniem nieznanymi lub nieokreślonych substancji psychoaktywnych;
- 6C4H Zaburzenia spowodowane używaniem substancji niepsychoaktywnych;
- 6C4E Zaburzenia spowodowane używaniem innych określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków;
- 6C4F Zaburzenia spowodowane używaniem wielu określonych substancji psychoaktywnych, w tym leków;
- 6C4G Zaburzenia spowodowane używaniem nieznanymi lub nieokreślonych substancji psychoaktywnych;
- 6C4H Zaburzenia spowodowane używaniem substancji niepsychoaktywnych;
- 6A41 Katatonie wywołane przez substancje lub leki;
- 6C4Y Inne określone zaburzenia spowodowane używaniem substancji;

- 6C4Z Zaburzenia spowodowane używaniem substancji, nieokreślone.

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego, w 2022 r. liczba osób leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu, substancji psychoaktywnych oraz tytoniu wzrosła w stosunku do roku 2021. W przypadku uzależnienia od alkoholu, leczonych było ponad 152 tys. osób, z czego ok. 130 tys. z powodu zespołów uzależnień od alkoholu. W przypadku środków psychoaktywnych natomiast, z powodu ich użytkowania leczono ponad 58 tys. pacjentów. Zespół uzależnienia od środków psychoaktywnych i zespół abstynencyjny stanowił podstawę leczenia w przypadku 45 389 pacjentów. W przypadku tytoniu, zaburzenia z nim związane były leczone wśród 1 510 pacjentów. Liczba porad w poradniach uzależnień utrzymuje się na poziomie nieprzekraczającym 30 tys. porad rocznie. Zdecydowanie więcej porad realizowanych jest w poradniach zdrowia psychicznego. Najmniejszą liczbę porad w poradniach leczenia uzależnień wykazano w roku 2020 (ok. 18,4 tys.), a najwyższą w roku 2023 (ok. 28,3 tys.). Poczynając od roku 2021 utrzymuje się trend wzrostowy.

#### 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.

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.

Ponieważ uzależnienie jest chorobą przewlekłą, optymalnym celem w leczeniu osób uzależnionych jest osiągnięcie trwałej abstynencji. Problem stanowi jednak brak akceptacji tego celu przez część osób uzależnionych oraz trudność w jego osiągnięciu. Metodami leczenia uzależnienia od alkoholu są psychoterapia i farmakoterapia. Badania potwierdzają nieskuteczność takich metod, jak hipnoza, poradnictwo ogólne, techniki szokowe i ziołolecznictwo. Formami organizacyjnymi i metodami pomagania osobom uzależnionym od alkoholu działającymi poza lecznictwem odwykowym są punkty konsultacyjne, telefony zaufania, stowarzyszenia i kluby abstynenckie oraz Wspólnoty Anonimowych Alkoholików. Szacuje się, że nadużywanie alkoholu skraca życie średnio o 16 lat.

W roku 2021 z powodu nadużywania alkoholu zmarło w sumie 14 048 osób. Biorąc pod uwagę poszczególne konsekwencje zdrowotne, w zdecydowanej większości przypadków powodem zgonu były choroby wątroby wynikające z nadmiernego spożycia alkoholu (9 230 osób).

W roku 2024, 72,9% nastolatków między 15 a 16 r.ż. oraz 91,3% nastolatków w wieku 17-18 lat zadeklarowało, że kiedykolwiek piło alkohol. W przypadku starszej młodzieży, odsetki osób które spożywały alkohol w przeciągu ostatniego roku (86,3%) oraz w czasie ostatnich 30 dni (73,3%) były zdecydowanie wyższe niż u młodszych nastolatków (odpowiednio 59,7% oraz 39,1%).

#### Nikotyna

Uzależnienie od nikotyny składa się z dwóch komponentów: uzależnienia fizycznego i uzależnienia psychicznego/behawioralnego. 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 wpływa na 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.

Celem leczenia jest rzucenie palenia tytoniu, co oznacza, że pacjent dobrowolnie nie wypala kolejnych papierosów. Maksymalny zalecany poziom tlenku 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 połączenie edukacji terapeutycznej, wsparcia behawioralnego i farmakoterapii.

Według wyników badania ankietowego Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach (ESPAD) w 2024 r. 61,4% nastolatków między 15 a 16 r.ż. stwierdziło, że nigdy nie paliło wyrobów tytoniowych. W przypadku starszej kohorty (między 17 a 18 r.ż.), jedynie 43,9% uczniów zachowało abstynencję. W przypadku nastolatków między 15 a 16 r.ż., najczęściej wskazywali oni, że nie palili wyrobów tytoniowych w przeciągu ostatnich 30 dni (79%). Kolejne 9,2% uczniów przyznało, że paliło co najwyżej 1 papierosa na tydzień, a 4,5% od 1 do 5 papierosów dziennie. W przypadku nastolatków między 17 a 18 r.ż., zjawisko abstynencji tytoniowej w ciągu ostatnich 30 dni jest rzadsze (70%). W efekcie obserwuje się także zwiększenie odsetków uczniów palących okazjonalnie (mniej niż 1 papieros/tydzień – 14,2%), czy takich palących 1-5 papierosów na dzień (6,6%). W 2024 r. 56,7% nastolatków w wieku 15-16 lat zadeklarowało, że kiedykolwiek paliło e-papierosy.

### 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). 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". 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.

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

Według wyników badania ankietowego ESPAD, w porównaniu do roku 1992, odsetek osób przyznających się do zażywania narkotyków wzrósł o 8% (z 5% w 1992 r. do 13% w 2021 r.). Obecnie, począwszy od roku 2013, obserwowany jest stopniowy spadek tego odsetka. W roku 2024, najczęściej stosowaną używką wśród młodzieży, zarówno między 15 a 16 r.ż. (16,9%), jak i między 17 a 18 r.ż. (33,1%), pozostaje marihuana, a drugą w kolejności – leki uspokajające i nasenne bez recepty (17,9% oraz 20,7%).

Według Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom w roku 2021 z powodu nadużywania narkotyków zmarło w sumie 289 osób. W przeliczeniu, wskaźnik umieralności wyniósł ok. 6,1/1 mln obywateli.

## 2. Omówienie rekomendacji klinicznych, ekonomicznych i zaleceń organizacyjnych w odniesieniu do ocenianej technologii

W ramach aktualizacji odnaleziono i włączono do analizy rekomendacje/wytyczne o jasno określonej metodologii ich przygotowania wydane przez: Panel Polskich Ekspertów (PPE 2023), Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy (NIZP PZH BIP 2020) oraz zaktualizowano rekomendacje opisane w poprzedniej wersji raportu: Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU 2025), European Network for Smoking and Tobacco (ENSP 2025), National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2025), US Preventive Services Task Force (USPSTF 2021), American Academy of Family Physicians (AAFP 2023). Ponadto ujęto także wytyczne z poprzedniej rekomendacji wydane przez: The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP 2019), European Addiction Research (EAR 2017), Australian Family Physician (AFP 2016), United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC 2015).

Podsumowanie najważniejszych informacji z rekomendacji włączonych do analizy:

### Programy profilaktyczne

- Zaleca się koordynowanie strategii komunikacyjnych w celu dostarczania wsparcia w zakresie zaprzestania użytkowania wyrobów nikotynowych, telefonicznych linii pomocowych, interwencji w szkołach, zmian w polityce kontroli tytoniu i wszelkich innych działań mających na celu pomóc w porzuceniu nałogu (NICE 2025).
- Zaleca się oferowanie poradnictwa grupowego oraz telefonicznego wszystkim osobom palącym (PPE 2022).
- Zaleca się wykorzystanie urządzeń mobilnych do niesienia pomocy osobom uzależnionym od nikotyny (NIZP PZH PIB 2020, RACGP 2019).
- Konsultacje specjalistyczne są efektywną opcją zapobiegania uzależnieniom od tytoniu w populacji nastolatków (ENST 2025).
- Nie rekomenduje się realizacji programów, które:
  - wykorzystują przekaz wiedzy w formie wykładu lub pogadanki;
  - skoncentrowane są na informacjach dotyczących działania poszczególnych substancji psychoaktywnych;
  - wywołujących lęk/strach przed konsekwencjami używania substancji psychoaktywnych, opartych na moralizowaniu;
  - ukierunkowane są tylko na podnoszenie poczucia własnej wartości u uczestników programu i/lub radzeniu sobie z emocjami;
  - brakuje w nich struktury, realizacja oparta jest na swobodnej rozmowie realizatora z uczestnikami;
  - angażują pracowników policji do realizacji zajęć w szkołach lub osoby, które były uzależnione;
  - zawierają element losowego testowania na obecność narkotyków;
  - nie są dostosowane do wieku rozwojowego odbiorców programu (KCPU 2025).
- Podkreśla się, że podstawowym celem wszelkich programów profilaktycznych ukierunkowanych na uzależnienia od substancji psychoaktywnych powinno być powstrzymanie dzieci i młodzieży przed rozpoczęciem stosowania używek (UNODC 2015).

### Edukacja

- Rekomendacje są zgodne w zakresie zasadności prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych nacelowanych na szkodliwość spożywania alkoholu i stosowania wyrobów nikotynowych oraz na choroby wywoływane substancjami psychoaktywnymi (KCPU 2025, NICE 2025).
- Działania informacyjno-edukacyjne powinny być również kierowane do nauczycieli, rodziców i opiekunów, aby uczestniczyli oni w tworzeniu środowiska wolnego od wyrobów zawierających nikotynę. Ponadto zaleca się stałe dostosowywanie i aktualizowanie narzędzi edukacyjnych ze szczególnym uwzględnieniem roli mass mediów (NIZP PZH PIB 2020).

- Edukacja w zakresie zaprzestania stosowania wyrobów nikotynowych powinna uwzględniać informacje nt.:
  - choroby jaką jest uzależnienie od nikotyny;
  - powodów dla którego pacjenci odczuwają potrzebę stosowania wyrobów nikotynowych;
  - konsekwencji zdrowotnych;
  - korzyści wynikających z porzucenia nałogu;
  - metod zarządzania i zapobiegania uzależnieniom od nikotyny;
  - narzędzi pomocy dostępnych dla uzależnionych (ENST 2025).

#### Diagnostyka i monitorowanie uzależnień

- Zaleca się dokładne oszacowanie motywacji palacza do podjęcia wysiłków w zaprzestaniu stosowania wyrobów nikotynowych. Dokonywać tego powinien każdy lekarz. Samą motywację z kolei można zweryfikować w oparciu o bezpośrednie pytanie bądź też zastosowanie określonych skal i modeli zmian behawioralnych (np. Transtheoretical Model of Behaviour Change, Motivation to Stop Smoking Scale) (ENST 2025).
- Wskazuje się na szereg zalecanych kwestionariuszy przesiewowych w kierunku uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, tj.: TAPS, SASQ, DAST, CRAFFT, S2BI, USAUDIT, USAUDIT-C (AAFP 2023, EAR 2017, AFP 2016).
- Odnalezione rekomendacje są zgodne w zakresie potrzeby monitorowania i ewaluacji deklarowanej przez pacjenta abstynencji od palenia wyrobów nikotynowych z wykorzystaniem badania tlenku węgla w wydychanym powietrzu (ENST 2025, NICE 2025, NIZP PZH PIB 2020).

#### Zalecane interwencje behawioralne w zakresie porzucenia nałogu

- Rekomendacje są zgodne co do efektywności krótkich porad antyżyczkowych (3-5 minut), świadczonych przez lekarzy lub innych specjalistów w zakresie zdrowia. Interwencje te mogą być stosowane przy pomocy schematów „5R” oraz „5A” (ENST 2025, AAFP 2023, EAR 2017).
- Wsparcie behawioralne w zakresie zaprzestania stosowania wyrobów nikotynowych powinno uwzględniać:
  - identyfikację behawioralnych przyczyn ich stosowania oraz długookresowych i natychmiastowych czynników stymulujących;
  - zwiększenie motywacji pacjenta do porzucenia nałogu i zmniejszenie odczuwanego strachu w związku z zakończeniem stosowania używki;
  - sposoby radzenia sobie z emocjami (ENST 2025).
- Zakres tematyczny poruszany w ramach wsparcia behawioralnego powinien obejmować:
  - mechanizmy uzależnienia i działanie nikotyny;
  - powody palenia;
  - czynniki wywołujące chęć zapalenia/wapowania;
  - obalanie mitów na temat palenia/wapowania,
  - konsekwencje użytkowania wyrobów nikotynowych i korzyści z zaprzestania ich stosowania (w kontekście młodego człowieka);
  - radzenie sobie ze stresem, radzenie z przyrostem masy ciała, asertywność wobec siebie i rówieśników;
  - wzmacnianie poczucia samokontroli;
  - doskonalenie umiejętności życiowych takich jak podejmowanie decyzji, radzenie sobie z wyzwaniami czy umiejętności interpersonalne (NIZP PZH PIB 2020).
- W ramach programu nauczania dotyczącego nadużywania substancji psychoaktywnych należy zniechęcać dzieci, młodzież i młodych dorosłych, którzy nie palą, do eksperymentowania

z e-papierosami lub ich regularnego używania. W przypadku e-papierosów temat ten powinien mieć odrębny zakres tematyczny (NICE 2025).

- Terapia poznawczo-behawioralna jest zalecana w leczeniu uzależnienia od alkoholu wśród młodzieży (EAR 2017).

#### Interwencje dla rodziców

- Rekomenduje się realizację programów profilaktycznych dla rodziców i aktywną współpracę z nimi w obszarze profilaktyki (KCPU 2025, NICE 2025).
- Wdrożenie poradnictwa antynikotynowego w połączeniu ze świadczeniami pediatrycznymi są efektywne w zwiększaniu odsetka rodziców decydujących się zachować abstynencję. W efekcie, w celu ochrony dzieci przed biernym paleniem, zaleca się przeprowadzenie oceny poziomu palenia wśród rodziców (ENST 2025).
- Skuteczne programy dla rodziców powinny być ukierunkowane na:
  - budowanie i utrzymanie więzi rodzinnych i dobrych relacji w rodzinie;
  - rozwijanie umiejętności dotyczących aktywnego udziału w życiu dziecka m.in. wspierania w nawiązywaniu bliskich kontaktów z rówieśnikami, pomocy w rozwiązywaniu problemów w nauce i funkcjonowaniu w szkole;
  - skuteczne metody stawiania granic, rozwiązywania konfliktów, motywowania do wypełniania przez dziecko różnych obowiązków, bez stosowania kar cielesnych i przemocy;
  - rozmowę z dzieckiem o ważnych dla niego tematach, m.in. o zagrożeniach, radzeniu sobie z presją rówieśników;
  - wspieranie zachowań i postaw rodziców, które mogą być pozytywnym przykładem dla dzieci (KCPU 2025, UNODC 2015).

#### Szkolenia dla personelu medycznego

- Pracownicy ochrony zdrowia powinni regularnie uczestniczyć w szkoleniach z zakresu leczenia uzależnienia od nikotyny (PPE 2022) oraz z zakresu rakotwórczego działania alkoholu i jego wpływu na stan zdrowia człowieka (KCPU 2025).
- Wszyscy lekarze rodzinni i pielęgniarki powinni zostać przeszkoleni w świadczeniu minimalnej interwencji wspierającej zaprzestanie stosowania wyrobów nikotynowych. Docelowo powinni oni być gotowi do wspierania pacjenta w dążeniu do abstynencji, poprzez chociażby poinformowanie go o dostępnym leczeniu farmakologicznym (ENST 2025).

### 3. Dowody naukowe

W ramach aktualizacji odnaleziono i włączono 16 metaanaliz (Alsahli 2025, Butler 2025, Gardner 2024, O'Logbon 2024, Zhou 2023, Ma 2023, Schweer-Collins 2023, Champion 2022, Lekamge 2025, Rifat 2025, Song 2021, Cho 2021, Yimer 2024, Wang 2022, Vrijen 2021, Yoong 2021, oraz 1 przegląd systematyczny (Vaihekoski 2022). Ponadto ujęto także dowody naukowe odnalezione na potrzeby wydania poprzedniej rekomendacji: Kock, 2019, Matkin 2019, Beyer 2018, Behbod 2018, Hodder 2017, Boumparis 2017, Jiang 2017.

Poniżej przedstawiono kluczowe wnioski z analizy dowodów naukowych dla populacji spójnej z niniejszą rekomendacją – dalsze szczegóły znajdują się w Raporcie Analitycznym Agencji.

#### 3.1 Wnioski z analizy dowodów naukowych

##### Interwencje edukacyjno/behawioralne:

- Interwencje wykorzystujące wiadomości tekstowe, determinowały istotny statystycznie wzrost prawdopodobieństwa zaprzestania korzystania z e-papierosów po  $\geq 6$  miesiącach, o 32% – RR=1,32 [95%CI: (1,19; 1,47)] (Butler 2025).
- Szkolne interwencje profilaktyczne skoncentrowane na zmniejszeniu korzystania z e-papierosów mogą istotnie statystycznie wpłynąć na rezygnację z korzystania z e-papierosów – SMD=-0,15 [95%CI: (-0,22; -0,07)] (Gardner 2024).
- Interwencje nacelowane na profilaktykę nadużywania substancji psychoaktywnych, wykorzystujące technologie cyfrowe mogą mieć istotny statystycznie wpływ na zmniejszenia spożywania alkoholu – SMD=-0,12 [95%CI: (-0,17; -0,06)] (O'Logbon 2024).
- Wysyłanie młodzieży i dorosłym edukacyjnych wiadomości SMS ukierunkowanych na zaprzestanie palenia determinuje istotne statystycznie zwiększenie prawdopodobieństwa utrzymania u nich ciągłości abstynencji, o 51% – RR=1,51 [95%CI: (1,24; 1,84)] (Zhou 2023).
- Krótka interwencja antyuzywkowa (w porównaniu do braku interwencji lub standardowych terapii) prowadzona przez specjalistę behawioralnego w placówkach opieki zdrowotnej istotnie statystycznie ogranicza konsekwencje zażywania narkotyków wśród młodych dorosłych w 3-miesięcznym okresie obserwacji (Schweer-Collins 2023).
- U pacjentów, u których zastosowano interwencję behawioralną, zaobserwowano istotne statystycznie zwiększone o 56% prawdopodobieństwo rzucenia lub ograniczenia palenia tytoniu RR=1,56 [95%CI: (1,39; 1,75)] (Kock 2019).
- Zastosowanie proaktywnych porad telefonicznych, zarówno u osób korzystających, jak i niekorzystających z telefonów zaufania, prowadzi do zwiększonego prawdopodobieństwa rzucenia palenia tytoniu, odpowiednio o 25% i 38% – RR=1,25 [95%CI: (1,15; 1,35)] oraz RR=1,38 [95%CI: (1,19; 1,61)] (Matkin 2019).
- Autorzy badania stwierdzają, że prowadzenie edukacji na zasadach konsultacji, w porównaniu ze standardowym postępowaniem, prowadzić może do zwiększenia prawdopodobieństwa wprowadzenia przez rodziców ogólnego zakazu palenia w domach i mieszkaniach (Behbod 2018).
- Przeprowadzenie krótkiej interwencji behawioralnej zmniejsza istotnie statystycznie tygodniową ilość spożywanego alkoholu o 20 g [95%CI: (-28; -12)] (Beyer 2018).
- Wykazano istotną statystycznie skuteczność interwencji internetowych (w porównaniu do braku interwencji) 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)]) wśród młodzieży szkolnej (Boumparis 2017).
- Autorzy badania wskazują, że telefoniczne rozmowy motywacyjne mogą stanowić istotny element promowania abstynencji, która może służyć w zapobieganiu i leczeniu uzależnienia od alkoholu (Jiang 2017).

##### Programy profilaktyczne:

- Zorganizowane programy szkolne nacelowane na zapobieganie ryzykownym zachowaniom zdrowotnym oraz promowanie zdrowia psychicznego mogą prowadzić do istotnego statystycznie

obniżenia szans regularnego palenia tytoniu przez młodzież – OR=0,69 [95%CI: (0,55; 0,82)] (Lekamge 2025).

- Prowadzenie działań ukierunkowanych na zapobieganie lub zaprzestanie palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży, poprzez zaangażowanie rodziców, determinuje istotne statystycznie obniżenie prawdopodobieństwa inicjacji palenia tytoniu, o 16% – RR=0,84 [95%CI: (0,76; 0,94)] (Rifat 2025).
- Interwencje w szkole mają wpływ na postawy nastolatków wobec palenia i zapobiegają rozpoczęciu przez nich palenia, gdy są prowadzone przed wiekiem dojrzewania. Interwencje w szkole powinny być dalej wdrażane i wzmacniane, ponieważ wykazano, że szkoła ma znaczący potencjał wspierania zdrowia (Vaihekoski 2022).
- Nie stwierdzono, aby programy profilaktyczne ukierunkowane na problem spożycia alkoholu w populacji młodzieży, skutecznie zmniejszały częstotliwość picia alkoholu ani zachowania związane z upijaniem się wśród młodzieży. Programy te jednak znacząco zmniejszyły ilość spożywanego alkoholu – Hg =-0,46 [95%CI: (-0,87; -0,05)] (Cho 2021).
- Prowadzenie profilaktyki uniwersalnej w szkole prowadzi do istotnego statystycznie zmniejszenia szansy inicjacji zażywania narkotyków przez młode osoby – OR=0,78 [95%CI: (0,66; 0,93)] (Hodder 2017).

#### Czynniki ryzyka:

- Korzystanie z wyrobów zawierających nikotynę, determinuje istotne statystycznie zwiększenie szansy na korzystanie z wyrobów zawierających kanabis ogółem – OR=5,39 [95%CI: (3,19; 9,11)] (Yimer 2024).
- Korzystanie z wyrobów zawierających kanabis, determinuje istotne statystycznie zwiększenie szansy na korzystanie z wyrobów zawierających nikotynę – OR=4,08 [95%CI: (2,05; 8,11)] (Yimer 2024).
- Obecność u młodzieży i młodych dorosłych zespołu uzależnień od Internetu, prowadzi do istotnego statystycznie podwyższenia szansy spożywania przez nich alkoholu oraz palenia tytoniu odpowiednio OR=1,75 [95%CI: (1,65; 1,85)] oraz OR=1,63 [95%CI: (1,54; 1,72)] (Wang 2022).
- Przemoc rówieśnicza determinuje istotne statystycznie podwyższenie szansy na:
  - zażywanie narkotyków – OR=1,76 [95%CI: (1,41; 2,20)];
  - picie alkoholu – OR=1,62 [95%CI: (1,35; 1,93)];
  - palenie tytoniu – OR=1,96 [95%CI: (1,50; 2,57)];
  - ogólne korzystanie z substancji odurzających – OR=3,25 [95%CI: (1,96; 5,38)] (Vrijen 2021).
- Kontakt dzieci i młodzieży z e-papierosami prowadzi do istotnego statystycznie zwiększenia ryzyka palenia papierosów w ciągu życia – RR=2,56 [95%CI: (1,61; 4,07)] (Yoong 2021).

#### 4. Opcjonalne technologie medyczne i stan ich finansowania

Wytyczne kliniczne oraz wyniki pozyskane z wtórnych dowodów naukowych wskazują na możliwe działania ukierunkowane na profilaktykę uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, które obejmują: działania informacyjno-edukacyjne w szczególności wśród młodzieży, ale także edukację dla rodziców, poradnictwo antyuzywkowe, konsultacje specjalistyczne, stosowanie kwestionariuszy przesiewowych w kierunku uzależnienia od poszczególnych substancji psychoaktywnych oraz szkolenia dla personelu medycznego.

W ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (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 z późn. zm.)), dostępne są interwencje mające na celu diagnostykę, leczenie oraz rehabilitację osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, dostępne zarówno dla młodzieży jak i osób dorosłych.

W ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych dostępny jest „Program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)”. Program zakłada wdrożenie interwencji antynikotynowej ukierunkowanej na zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu poprzez edukację, wywiad specjalistyczny oraz poradnictwo antynikotynowe. Do interwencji podstawowej, dostęp mają jedynie osoby >18 r.ż. palące tytoń lub używające nowatorskich wyrobów tytoniowych lub papierosów elektronicznych. W przypadku etapu specjalistycznego (uwzględniającego wywiad, wzmocnioną edukację, badania fizykalne oraz ustalenie ścieżki leczenia), dostęp do niego mają przyznany osoby >16 r.ż., uzależnione od tego typu używek. Obecnie w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, nie występują działania ukierunkowane na profilaktykę uzależnień od substancji psychoaktywnych wśród młodzieży

W 2020 r. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) przestała istnieć, a jej zadania przejęło obecnie funkcjonujące Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU). Inicjatywy „Pomarańczowa Linia” oraz Telefon Zaufania „Narkotyki-Narkomania”, w dalszym ciągu funkcjonują i podlegają pod KCPU.

##### Programy polityki zdrowotnej i inne inicjatywy

Na terenie Polski, w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy, realizowany jest program „ARS, czyli jak dbać o miłość?”. Głównym celem programu jest dotarcie z przekazem edukacyjnym do uczniów szkół ponadpodstawowych i ograniczenie skutków zdrowotnych używania substancji psychoaktywnych.

W polskim systemie opieki zdrowotnej dostępne są poradnie dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Ze świadczeń z zakresu leczenia uzależnień w roku 2024 skorzystało 273,3 tys. pacjentów. Pacjenci ci skorzystali z ok. 2,95 mln porad (BASIW 2025). Na dzień 10.09.2025, na terenie Polski funkcjonowało 1 063 placówek zajmujących się terapią uzależnień (KCPU 2025).

## **5. Rekomendowane i nierekomendowane technologie medyczne, działania przeprowadzane w ramach programów polityki zdrowotnej skierowane do określonej populacji docelowej oraz warunki realizacji programów polityki zdrowotnej, dotyczące danej choroby lub danego problemu zdrowotnego oraz wskaźniki służące do monitorowania i ewaluacji**

Treści przedstawione w tej części rekomendacji zostały oparte o odnalezione dowody naukowe, wytyczne kliniczne, wnioski płynące z weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej z omawianego zakresu oraz opinie ekspertów. Rekomendowane przez Prezesa Agencji technologie medyczne/działania wraz z warunkami ich realizacji oraz sposobem monitorowania i ewaluacji zostały przygotowane z uwzględnieniem obowiązującego wzoru programu polityki zdrowotnej.

Opracowane modelowe rozwiązanie stanowi optymalne i uniwersalne rozwiązanie możliwe do wdrożenia przez jednostkę samorządu terytorialnego na dowolnym szczeblu. Niemniej jednak w celu dostosowania rozwiązań do potrzeb i możliwości jednostek samorządu terytorialnego, w poszczególnych elementach programu przedstawiono kilka wariantów rozwiązań lub ramy, w jakich poruszać się można przy realizacji programu. Ostateczny kształt programu polityki zdrowotnej powinien być ustalany przez decydentów planujących realizację programu.

Modelowe rozwiązanie zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461) oraz zostało przygotowane w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. z 2017 r. poz. 2476).

### **5.1 Uzasadnienie wprowadzenia PPZ**

#### **5.1.1 Dane epidemiologiczne**

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

Projekt programu polityki zdrowotnej należy opracować na podstawie map potrzeb zdrowotnych i dostępnych danych epidemiologicznych.

#### **5.1.2 Opis obecnego postępowania**

Przy planowaniu i wdrażaniu PPZ należy każdorazowo zweryfikować aktualność opisu obecnego postępowania i wprowadzić ewentualne zmiany.

### **5.2 Cele PPZ i mierniki efektywności jego realizacji**

Cel główny oraz cele szczegółowe należy uzupełnić o liczbowe wartości docelowe wskazane znakami „.....%” (procent) oraz „..... p.p.” (punkty procentowe). Stanowią one wyznacznik deklarowanej efektywności planowanych interwencji. Przyjmowane wartości docelowe będą uzależnione od wielu czynników, np. profilu populacji docelowej, wcześniej realizowanych działań na obszarze objętym PPZ, dotychczasowe doświadczenia przy realizacji podobnych działań. Tym samym niezbędne jest indywidualne dobieranie wartości docelowych do konkretnej sytuacji. W treści projektu należy zamieścić opis czynników, które zostały wzięte pod uwagę przy jej ustalaniu. Sugerowanym postępowaniem jest nawiązanie dialogu z przedstawicielami potencjalnych realizatorów tak, aby przyjęte cele zarówno świadczyły o skuteczności działań, jak i były możliwe do osiągnięcia.

### 5.2.1 Cel główny

Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy z zakresu zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących uzależnień od substancji psychoaktywnych wśród .....%\* uczestników działań edukacyjnych programu.

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

### 5.2.2 Cele szczegółowe

5.2.2.1 Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy, wśród .....%\* personelu medycznego w zakresie działań profilaktycznych i identyfikacji osób uzależnionych oraz komunikacji z pacjentem, u którego stwierdzono obecność uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

5.2.2.2 Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród .....%\* młodzieży uczestniczących w edukacji w zakresie problematyki uzależnień od substancji psychoaktywnych, ich skutków zdrowotnych, wpływu na stosunki społeczne oraz sytuację ekonomiczną.

5.2.2.3 Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie działań profilaktycznych dot. uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz wsparcia dziecka w zaprzestaniu stosowania używek wśród .....%\* rodziców/opiekunów prawnych, którzy wzięli udział w edukacji zdrowotnej.

5.2.2.4 Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie wsparcia informacyjnego uczniów dot. problematyki uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz motywowaniu ich do zmiany zachowania wśród .....%\* przedstawicieli grona pedagogicznego, którzy wzięli udział w edukacji zdrowotnej.

5.2.2.5 Ograniczenie bądź całkowite zaprzestanie stosowania danej substancji psychoaktywnej w trakcie trwania programu, wśród .....%\* osób biorących udział w interwencji antyuzwywkowej.

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

### 5.2.3 Mierniki efektywności realizacji PPZ

Cel	Miernik
Główny	<p>Odsetek uczestników programu, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy*, z zakresu zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących uzależnień od substancji psychoaktywnych, względem wszystkich uczestników działań edukacyjnych, które wypełniły pre-test.</p> <p><i>(Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników biorących udział w programie. Wynik wyrażony w procentach)</i></p> <p>* wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.</p>
5.2.2.1.	<p>Odsetek uczestników z grupy personelu medycznego, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy w zakresie działań profilaktycznych i identyfikacji osób uzależnionych oraz komunikacji z pacjentem, u którego stwierdzono obecność uzależnienia od substancji psychoaktywnych, względem wszystkich uczestników szkoleń dla personelu medycznego, którzy wypełnili pre-test.</p> <p><i>(Iloraz liczby uczestników z grupy personelu medycznego z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników szkoleń dla personelu medycznego. Wynik wyrażony w procentach)</i></p>

Cel	Miernik
	* wysoki poziom wiedzy – ponad 90% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.
5.2.2.3.	<p>Odsetek uczestników działań edukacyjnych dla młodzieży, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy w zakresie problematyki uzależnień od substancji psychoaktywnych, ich skutków zdrowotnych, wpływu na stosunki społeczne oraz sytuację ekonomiczną, względem wszystkich uczestników działań edukacyjnych dla młodzieży, którzy wypełnili pre-test.</p> <p><i>(Iloraz liczby osób w wieku szkolnym z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich osób, które wzięły udział w edukacji dla młodzieży. Wynik wyrażony w procentach)</i></p> <p>* wysoki poziom wiedzy – ponad 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.</p>
5.2.2.4	<p>Odsetek rodziców/opiekunów prawnych, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy w zakresie działań profilaktycznych dot. uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz wsparcia dziecka w zaprzestaniu stosowania używek, względem wszystkich rodziców/opiekunów prawnych uczestniczących w szkoleniach, które wypełniły pre-test.</p> <p><i>(Iloraz liczby rodziców/opiekunów prawnych z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich rodziców/opiekunów prawnych, którzy wzięli udział w edukacji skierowanej do tej grupy. Wynik wyrażony w procentach)</i></p> <p>* wysoki poziom wiedzy – co najmniej 75% pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.</p>
5.2.2.5.	<p>Odsetek osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, u których doszło do ograniczenia lub całkowitego zaprzestania stosowania danej substancji, w stosunku do wszystkich osób poddanych interwencji antyżywkowej*.</p> <p><i>(Iloraz liczby osób, które zadeklarowały ograniczenie lub zaprzestanie stosowania danej substancji psychoaktywnej, względem wszystkich osób biorących udział w interwencji antyżywkowej)</i></p> <p>* uzyskanie informacji o ograniczeniu/całkowitym zaprzestaniu stosowania danej substancji psychoaktywnej poprzez kontakt telefoniczny do każdego z uczestnika interwencji antyżywkowej (który wyraził zgodę) w okresie 2 miesięcy od zakończenia interwencji u nich interwencji.</p>

### 5.3 Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

Istotne jest określenie liczebności populacji docelowej w danym rejonie oraz wskazanie jaki odsetek tej populacji jest możliwy do włączenia do PPZ przy posiadanych zasobach oraz przy zachowaniu równego dla wszystkich uczestników dostępu do działań oferowanych w ramach PPZ. Im większy odsetek populacji zostanie włączony do PPZ, tym większe są możliwości zaobserwowania efektów zdrowotnych we wskaźnikach epidemiologicznych.

Liczebność populacji docelowej powinna zostać oszacowana dla każdego z etapów PPZ. Niezbędne jest wskazanie na źródła danych (liczba uczestników w danej grupie wiekowej z podziałem na płeć np. w oparciu o dane z Głównego Urzędu Statystycznego) i wykorzystanych odniesień do literatury, opis przyjętych założeń oraz przedstawienie wykonanych obliczeń. Należy skupić się na przedstawieniu danych lokalnych, czyli dotyczących obszaru, na którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej.

### 5.3.1 Populacja docelowa

- Działania informacyjno-edukacyjne skierowane są do populacji ogólnej.
- Z uwagi na zróżnicowane potrzeby, zaleca się wydzielenie subpopulacji o spójnych potrzebach edukacyjnych i informacyjnych (np. grupy wiekowe, przynależność do grupy ryzyka, rodzaj uzależnienia). Forma oraz treść prowadzonych działań powinna być dostosowana do uczestników. Każda z subpopulacji powinna być zdefiniowana niezależnie, zaś działania skierowane do różnych subpopulacji mogą być prowadzone równolegle.
- Szkolenia dla personelu medycznego skierowane są do personelu medycznego, w szczególności zaangażowanego w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami np.: osoby realizujące działania informacyjno-edukacyjne, osoby prowadzące wizyty kwalifikacyjne, osoby realizujące interwencje antyżywkowe, osoby prowadzące edukację dla młodzieży, osoby prowadzące działania edukacyjne dla rodziców/opiekunów prawnych oraz dla kadry pedagogicznej.
- Działania edukacyjne dla młodzieży skierowane są do młodzieży w wieku szkolnym.
- Szkolenia dla rodziców/opiekunów prawnych skierowane są dla rodziców/opiekunów prawnych młodzieży w wieku szkolnym, które uczestniczą w programie.
- Szkolenia dla kadry pedagogicznej skierowane są do wszystkich nauczycieli, w szczególności zaangażowanych w realizację programu, którzy będą mieć kontakt ze świadczeniobiorcami tj. osoby prowadzące szkolenia dla młodzieży, osoby prowadzące działania edukacyjne dla rodziców/opiekunów.
- Wizyta kwalifikacyjna skierowana jest do:
  - młodzieży (11-18 lat),
  - młodych dorosłych (19-30 lat).
- Interwencja antyżywkowa skierowana jest do osób zakwalifikowanych podczas wizyty kwalifikacyjnej do grupy wysokiego ryzyka wystąpienia uzależnień od substancji psychoaktywnych.

### 5.3.2 Kryteria kwalifikacji do PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ

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

*Z uwagi na możliwą zmienność poziomu dostępnych zasobów w kolejnych latach realizacji PPZ, sugerowanym jest opisanie w treści projektu PPZ postępowania pozwalającego na dostosowywanie kryteriów do możliwości jednostki (np. harmonogram aktualizowany w oparciu o dane pochodzące z monitorowania realizacji PPZ) zamiast deklarowania stosowania zawężenia kryteriów na określonym, stałym poziomie. Informacje dotyczące przebiegu programu powinny zostać zamieszczone w raporcie końcowym z realizacji PPZ.*

Jako populację spełniającą kryteria udziału dla danej interwencji w PPZ należy rozumieć osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia.

Etap PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Działania informacyjno-edukacyjne	<ul style="list-style-type: none"> <li>populacja ogólna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>brak</li> </ul>
Szkolenia dla personelu medycznego	<ul style="list-style-type: none"> <li>personel medyczny, w szczególności zaangażowany w realizację programu, np. lekarz lub specjalista psychoterapii uzależnień lub psycholog lub psychoterapeuta lub instruktor terapii uzależnień</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat</li> </ul>
Działania edukacyjne dla młodzieży	<ul style="list-style-type: none"> <li>młodzież w wieku szkolnym;</li> <li>wyrażenie przez rodzica/opiekuna prawnego zgody na wzięcie udziału w zaplanowanych szkoleniach</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>brak zgody rodzica/opiekuna prawnego na wzięcie udziału dziecka w zaplanowanych szkoleniach</li> </ul>
Szkolenia dla kadry pedagogicznej	<ul style="list-style-type: none"> <li>kadra pedagogiczna, w szczególności osoby zaangażowane w realizację programu np. osoby prowadzące szkolenia dla młodzieży, osoby prowadzące szkolenia dla rodziców/opiekunów prawnych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ukończenie szkolenia dla kadry pedagogicznej, obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat</li> </ul>
Szkolenia dla rodziców/opiekunów prawnych	<ul style="list-style-type: none"> <li>rodzic/opiekun prawny młodzieży w wieku szkolnym, która uczestniczy w programie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ukończenie szkolenia dla rodziców/opiekunów prawnych obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat</li> </ul>
Wizyta kwalifikacyjna	<ul style="list-style-type: none"> <li>młodzież (11-18 lat) lub</li> <li>młodzi dorośli (19-30 lat)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pozostawanie pod opieką poradni psychiatrycznej lub poradni uzależnień</li> </ul>
Interwencja antyuzywkowa	<ul style="list-style-type: none"> <li>osoby, u których podczas wizyty kwalifikacyjnej stwierdza się obecność uzależnienia od substancji psychoaktywnych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>pozostawanie pod opieką poradni psychiatrycznej lub poradni uzależnień</li> </ul>

### 5.3.3 Planowane interwencje

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

Przedstawione poniżej zalecenia dotyczące poszczególnych interwencji mają w większości charakter ogólny, co ma umożliwić elastyczne dostosowanie działań do potrzeb i możliwości grupy docelowej.

**ETAP: DZIAŁANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNE** (KCPU 2025, NICE 2025, ENST 2025, NIZP PZH-PIB 2020).

Działania informacyjno-edukacyjne na temat programu powinny być prowadzone w sposób ciągły (przez cały okres jego trwania) oraz kierowane do określonej, jasno zdefiniowanej w projekcie PPZ grupy docelowej. W PPZ realizowanych może być równoległe więcej niż jeden etap informacyjno-edukacyjny, gdyż każdy z nich może obejmować inną subpopulację. Dla danego problemu zdrowotnego rekomenduje się prowadzenie działań edukacyjnych w podziale na grupy wiekowe oraz rodzaj uzależnienia. Poniżej przedstawiono kwestie, które należy uwzględnić w ramach działań informacyjno-promocyjnych nt. realizowanego programu oraz działań edukacyjnych.

#### Działania informacyjno-promocyjne

- Samorządy powinny podejmować współpracę z różnymi podmiotami i instytucjami, które są już zaangażowane w profilaktykę uzależnień na danym obszarze lub z takimi, które posiadają

doświadczenie i kompetencje w konkretnych obszarach, np. edukacji zdrowotnej. Współpraca z realizatorami istniejących inicjatyw społecznych ma szczególnie na celu promocję realizowanego programu (oraz sposobu udziału), który w szczególności zwiększy szansę na dotarcie informacji do populacji kwalifikującej się do PPZ.

- Działania informacyjno-promocyjne powinny uwzględniać proces aktywnej rekrutacji do programu, która może polegać na np.: kontakcie telefonicznym (dedykowana infolinia rejestracyjna), prowadzeniu naborów w wybranych lokalizacjach dostosowanych do charakterystyki populacji docelowej (szkoły, lokalne ośrodki zdrowia, apteki, ośrodki sportowe itp.).
- Niezbędnym elementem lokalnej polityki wobec uzależnienia od alkoholu, narkotyków i uzależnień behawioralnych jest rozpowszechnianie informacji o miejscach pomocy i ich ofercie (ulotki, plakaty, ogłoszenia, strony internetowe). W tym celu można wykorzystać: tablice informacyjne w miejscach udzielania pomocy, komisariatach policji, poradniach, szkołach, urzędach itp.; strony internetowe i media społecznościowe podmiotów oraz instytucji (KCPU 2025).
- Materiały merytoryczne powinny być źródłem aktualnej wiedzy na dany temat, natomiast ich edukacyjna forma nie powinna zawierać przekazu wywołującego lęk i strach oraz poczucia wykluczenia społecznego (KCPU 2025).
- Zaleca się stałe dostosowywanie i aktualizowanie narzędzi edukacyjnych ze szczególnym uwzględnieniem roli mass mediów (NIZP PZH-PIB 2020).

#### Działania edukacyjne

- Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji. Przykładowymi formami działań edukacyjnych może być wykład, szkolenia online, konferencja.
- Warunkiem przystąpienia do działań edukacyjnych jest wypełnienie pre-testu. Każdy uczestnik zobowiązany jest także do wypełnienia post-testu po zakończeniu ww. interwencji.
- Działania edukacyjne ukierunkowane na podniesienie wiedzy populacji ogólnej na temat problemu uzależnień od substancji psychoaktywnych (należy posługiwać się słownictwem zrozumiałym dla adresatów) powinny obejmować następujący zakres tematyczny:
  - potencjalne czynniki ryzyka;
  - szkodliwość używania substancji psychoaktywnych, wynikających z tego konsekwencji zdrowotnych (KCPU 2025, NICE 2025) oraz skutków zdrowotnych związanych z brakiem leczenia uzależnienia;
  - korzyści wynikających z porzucenia nałogu;
  - ogólny wpływ uzależnienia na stosunki interpersonalne, kontakty społeczne oraz bezpośredni wpływ nadmiernego użytkowania danej substancji na osoby z najbliższego otoczenia;
  - dostępne narzędzia oraz formy wsparcia dla osób uzależnionych;
  - metody zarządzania i zapobiegania uzależnieniom.
- Działania edukacyjne powinny być prowadzone prostym i zrozumiałym językiem oraz w przystępnej formie.
- W przypadku, gdy dostępne są gotowe materiały edukacyjne, przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy je wykorzystać w pierwszej kolejności (przy jednoczesnym uwzględnieniu praw autorskich) (dostęp z dnia 28.11.2025 r.), np.:
  - Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom:  
<https://kcpu.gov.pl/szkody-zdrowotne-i-uzaleznienia/substancje-psychoaktywne-od-a-do-z/>
  - Serwis Ministerstwa Edukacji Narodowej:  
<https://zpe.gov.pl/szukaj?query=substancje+psychoaktywne>
  - Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy:  
<https://jakrzucicpalenie.pl/category/aktualnosci/>

- o Ośrodek Rozwoju Edukacji

<https://ore.edu.pl/o-nas/>

#### **ETAP: SZKOLENIA DLA KADRY PEDAGOGICZNEJ (NICE 2025)**

- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w szkoleniach jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która ukończyła szkolenie, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.
- Forma szkolenia powinna być dostosowana do potrzeb kadry pedagogicznej. Możliwe jest prowadzenie np. wykładów, warsztatów, e-learningów).
- Działania oraz tematyka poruszana na szkoleniach i w materiałach edukacyjnych powinny w szczególności obejmować:
  - o informacje nt. zahamowania rozwoju ryzykowanych zachowań związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz wzmacniania motywacji do zmiany;
  - o wzmocnienia kompetencji w zakresie komunikacji z uczniem (np. dialog motywujący) i udzielania właściwych informacji w bezpośrednim kontakcie z nastolatkiem;
  - o informacje w zakresie potrzeby opracowania ogólnoszkolnej polityki antynikotynowej w porozumieniu z młodzieżą, przy uwzględnieniu działań z zakresu profilaktyki używania wyrobów nikotynowych, szkoleń i rozwoju pracowników, potrzeb kulturowych, specjalnych potrzeb edukacyjnych lub fizycznych wobec młodzieży (np. poprzez zapewnienie materiałów w alternatywnych formatach, takich jak zdjęcia, duży druk, alfabet brajla, audio i wideo);
  - o strategię informacyjną dotyczącą wymogów lokalnej polityki antynikotynowej może obejmować: biuletyny, broszury, plakaty i oznakowanie; należy uwzględnić zapewnienie informacji dla osób korzystających z usług opieki specjalistycznej, ich rodziców lub opiekunów, personelu i gości oraz szerszej populacji lokalnej;
  - o strategię komunikacyjną w celu dostarczania wsparcia uczniom w zakresie zaprzestania użytkowania wyrobów nikotynowych, informacje o dostępnych formach pomocy np. telefonicznych liniach rzucania nałogu;
  - o działania mające na celu pomoc w zaprzestaniu używaniu wyrobów nikotynowych (NICE 2025).

#### **ETAP: SZKOLENIA DLA PERSONELU MEDYCZNEGO (KCPU 2025, ENST 2025, NICE 2025, AAFP 2023, PPE 2022).**

- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w szkoleniach jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która ukończyła szkolenie, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.
- Forma szkolenia powinna być dostosowana do potrzeb personelu medycznego. Możliwe formy to np. wykłady, warsztaty, szkolenia w miejscu pracy (AAFP 2023). Dopuszcza się możliwość realizacji szkoleń w ramach e-learningów.
- W trakcie szkoleń należy zapoznać personel z zasadami komunikacji z osobami uzależnionymi. Należy również podkreślić istotę nawiązania kontaktu między personelem medycznym, a osobą uzależnioną, jako istotnego elementu prowadzonych działań leczniczych.
- Zaleca się przeszkolenie całego personelu medycznego do udzielania krótkich porad na temat zaprzestania używania wyrobów nikotynowych (NICE 2025) oraz przeprowadzania krótkiej interwencji minimalnej interwencji wspierającej porzucenie użytkowania tych wyrobów (ENST 2025, eksperci kliniczni). Jednym z możliwych modeli krótkiej porady antynikotynowej jest minimalna interwencja antynikotynowa z zastosowaniem zestawu pięciu pytań opisanych jako zasada „5P” tj.:
  - o PYTAJ każdego pacjenta czy stosuje wyroby nikotynowe;
  - o PORADŹ, jak zaprzestać użytkowania wyrobów nikotynowych;
  - o POZNAJ postawę pacjenta wobec użytkowania i zaprzestania korzystania z wyrobów nikotynowych;
  - o POMÓŻ użytkującemu wyroby nikotynowe pacjentowi w opracowaniu planu zaprzestania ich stosowania;

- PLANUJ dalsze wsparcie w zakresie skierowania osoby uzależnionej do ośrodków i poradni zajmujących się leczeniem uzależnień od nikotyny.
- Zaleca się przedszkolnie całego personelu medycznego do udzielania pacjentom, którzy używają alkoholu i/lub innych substancji, dialogu motywacyjnego, polegającego na ukierunkowanym na cel doradztwie, którego celem jest motywacja do zmiany zachowania i pomoc pacjentom w przejściu przez kolejne etapy zmiany. Jednym z możliwych modeli dialogu jest interwencja motywacyjna „5R”:
  - RELEVANCE: zapytaj pacjenta, dlaczego ograniczenie spożycia alkoholu lub zaprzestanie jego spożywania i/lub innych substancji jest dla niego istotne;
  - RISKS: poproś pacjenta o wymienienie negatywnych skutków spożywania alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych;
  - REWARDS: poproś pacjenta o wymienienie korzyści płynących z ograniczenia spożycia alkoholu lub zaprzestania jego spożywania i/lub innych substancji;
  - ROADBLOCKS: poproś pacjenta o wskazanie barier utrudniających ograniczenie spożycia alkoholu lub zaprzestanie jego spożywania i/lub innych substancji i porozmawiaj o sposobach radzenia sobie z tymi barierami;
  - REPETITION: zorganizuj dalsze działania, które mogą obejmować sprawdzanie postępów w realizacji celów wyznaczonych przez pacjenta, wyznaczanie nowych celów (AAFP 2023).
- Działania oraz tematyka poruszana na szkoleniach i w materiałach edukacyjnych powinny w szczególności obejmować:
  - zalecane przez wytyczne metody profilaktyki oraz diagnostyki uzależnień od substancji psychoaktywnych;
  - informacje dot. badań przesiewowych w kierunku uzależnienia od alkoholu i prowadzenia krótkiej interwencji (AAFP 2023);
  - ryzyko związane z picem alkoholu w okresie ciąży i poprzedzającym ciążę, w tym ryzyko związane FAS/FASD (eksperti kliniczni);
  - skutki spożywania alkoholu i jego wpływ na stan zdrowia człowieka (KCPU 2025);
  - wsparcie w zakresie zapobiegania inicjacji nikotynowej i porzucanie nałogu już u tych korzystających z wyrobów tytoniowych (ENST 2025);
  - udzielanie wsparcia w rzucaniu nałogu dla osób pracujących ze specyficznymi grupami, na przykład osobami z zaburzeniami psychicznymi i palącymi kobietami w ciąży (NICE 2025);
  - wsparcie behawioralne w celu zaprzestania używania wyrobów nikotynowych (NICE 2025).

#### **ETAP: DZIAŁANIA EDUKACYJNE DLA MŁODZIEŻY (NICE 2025, eksperci kliniczni)**

- Działania edukacyjne dla młodzieży powinny być ukierunkowane na zapobieganie inicjacji lub opóźnienie wieku używania substancji psychoaktywnych (ekspert kliniczny).
- Interwencje edukacyjne dla młodzieży powinny być: zabawne, rzeczowe, interaktywne, dostosowane do wieku i możliwości, wrażliwe na pochodzenie rodzinne, kulturę i płeć oraz nieoceniające (NICE 2025).
- Działania oraz tematyka poruszana na szkoleniach i w materiałach edukacyjnych powinny w szczególności obejmować:
  - problematykę uzależnień od substancji psychoaktywnych i ich skutków zdrowotnych;
  - wpływu uzależnienia na relacje z rówieśnikami, rodziną oraz innymi grupami społecznymi, a także na sytuację ekonomiczną;
  - skutków prawnych związanych z posiadaniem bądź użytkowaniem określonych substancji;
  - informacji o dostępnych metodach leczniczych z podaniem kontaktów do organizacji wspomagających osoby uzależnione w procesie porzucenia nałogu.

- Materiały merytoryczne powinny być źródłem aktualnej wiedzy na dany temat, natomiast ich edukacyjna forma nie powinna zawierać przekazu wywołującego lęk i strach oraz poczucia wykluczenia społecznego.

#### **ETAP: SZKOLENIA DLA RODZICÓW/OPIEUNÓW PRAWNYCH (KCPU 2025, eksperci kliniczni)**

- Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w szkoleniach jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która ukończyła szkolenie, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.
- Forma szkolenia powinna być dostosowana do potrzeb grupy. Możliwe jest prowadzenie np. wykładów, warsztatów, e-learningów. Sugeruje się realizację spotkań w terminach i godzinach dogodnych dla rodziców (KCPU 2025);
- Działania oraz tematyka poruszana na szkoleniach i w materiałach edukacyjnych powinny w szczególności obejmować:
  - profilaktykę uzależnień od substancji psychoaktywnych;
  - rolę rodzica we wzmacnianiu przekonań normatywnych, przeciwnych picia alkoholu i używania innych substancji psychoaktywnych/narkotyków (ekspert kliniczny);
  - budowanie i utrzymanie więzi rodzinnych i dobrych relacji w rodzinie;
  - rozwijanie umiejętności dotyczących aktywnego udziału w życiu dziecka m.in. wspierania nawiązywania bliskich kontaktów z rówieśnikami, pomocy w rozwiązywaniu problemów w nauce i funkcjonowaniu w szkole;
  - skuteczne metody stawiania granic, rozwiązywania konfliktów, motywowania do wypełniania przez dziecko różnych obowiązków, bez stosowania kar cielesnych i przemocy;
  - rozmowę z dzieckiem o ważnych dla niego tematach, m.in.: o zagrożeniach, radzeniu sobie z presją rówieśników;
  - wspieranie zachowań i postaw rodziców, które mogą być pozytywnym przykładem dla swoich dzieci w kontekście walki z nałogiem (KCPU 2025).

#### **ETAP: WIZYTA KWALIFIKACYJNA (ENST 2025, AAFP 2023)**

- Podczas wizyty kwalifikacyjnej zostanie przeprowadzony wywiad i badanie w celu identyfikacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.
- W wywiadzie należy skupić się na zastosowaniu dostępnych kwestionariuszy nakierowanych na identyfikację osób uzależnionych lub osób z grupy wysokiego ryzyka wystąpienia uzależnienia. W ramach wywiadu możliwe jest zastosowanie takich narzędzi jak:
  - Tobacco, Alcohol, Prescription medication and other Substance use (identyfikacja używania konkretnych substancji psychoaktywnych);
  - Motivation to Stop Smoking Scale (ocena motywacji pacjentów do rzucenia palenia);
  - test Fagerström'a (ocena nasilenia uzależnienia od nikotyny);
  - Single Alcohol Screening Question – SASQ (pojedyncze pytanie przesiewowe w kierunku nadmiernego spożycia alkoholu);
  - Alcohol Use Disorders Identification Test – USAUDIT (ocena częstotliwości i ilości spożywanego alkoholu);
  - proste pytanie o leki/narkotyki (narzędzie przesiewowe składające się z jednego pytania dotyczącego używania narkotyków: „Ile razy w ciągu ostatniego roku używałeś/aś narkotyków [rekreacyjnie] lub leków na receptę z przyczyn niemedycznych?);
  - Drug Abuse Screening Test – DAST (identyfikacja konsekwencji związanych z używaniem narkotyków w celach rekreacyjnych),
  - Car, Relax, Alone, Forget, Family/Friends, Trouble – CRAFFT (kwestionariusz mający na celu analizę w kierunku problemów z przyjmowaniem różnych substancji psychoaktywnych);

- Screening to Brief Intervention – S2BI (narzędzie składające się z 7 pytań, stosowane w odniesieniu do spożywania alkoholu, palenia tytoniu i rekreacyjnego zażywania narkotyków) (AAFP 2023).
- W ramach wizyty kwalifikacyjnej należy również dokonać oceny ryzyka wystąpienia uzależnienia w oparciu o osobnicze czynniki środowiskowe takie jak:
  - obecność w historii rodziny osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych,
  - kontakt z rówieśnikami, u których stwierdza się obecność uzależnienia od substancji psychoaktywnych,
  - wszelkie problemy wynikające z miejsca bytowania i relacji społecznych.
- W oparciu o wyniki uzyskane podczas wizyty kwalifikacyjnej należy dostosować dalsze postępowanie w ramach interwencji antyuzywkowej. Osoby, u których nie stwierdzono uzależnienia od danych substancji psychoaktywnych – ich udział w programie kończy się na tym etapie.

#### **ETAP: INTERWENCJA ANTYUŻYWKOWA (ENST 2025, AAFP 2023)**

- W przypadku stwierdzenia u uczestnika programu obecności uzależnienia od substancji psychoaktywnej należy wdrożyć u niego interwencję nacelowaną na ograniczenie lub całkowite porzucenie nałogu (ENST 2025).
- W przypadku osób uzależnionych od palenia tytoniu zaleca się przeprowadzenie krótkiej porady antynikotynowej, która powinna zawierać elementy:
  - ocena statusu palenia;
  - wsparcie dla pacjentów, pragnących porzucić palenie tytoniu;
  - zapewnienie pacjentom podejmującym próbę porzucenia tytoniu poradnictwa w przedmiotowym zakresie;
  - poinformowanie osób uzależnionych od tytoniu, którzy zdecydują się zaprzestać palenia, o możliwości stosowania dostępnej farmakoterapii wspomagającej proces rzucania palenia;
  - skierowanie palaczy do wyspecjalizowanych ośrodków i poradni zajmujących się leczeniem uzależnień od nikotyny (ENST 2025).
- Jednym z możliwych modeli krótkiej porady antynikotynowej jest minimalna interwencja antynikotynowa z zastosowaniem zestawu pięciu pytań opisanych jako zasada „5P”.
- W przypadku osób uzależnionych od alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych zaleca się przeprowadzenie krótkiego dialogu motywującego nakierowanego na chęć zmiany w zakresie spożywania alkoholu i stosowania innych substancji psychoaktywnych. Obejmuje on pytania otwarte, potwierdzenia, słuchanie refleksyjne, podsumowania.
- Jednym z możliwych modeli dialogu motywującego jest interwencja „5R”, która może być użytecznym sposobem nakłonienia do zmiany osób, które spożywają alkohol i/lub stosują inne substancje psychoaktywne i niechętnie z nich rezygnują (AAFP 2023).
- Podczas interwencji należy zwrócić uwagę uczestnika, nie tylko na aspekty zdrowotne uzależnienia, ale także na skutki ekonomiczne oraz społeczne. W przypadku wyrażenia przez uczestnika chęci podjęcia próby porzucenia nałogu należy udzielić mu informacji na temat dostępnych możliwości leczenia oraz poinformować go o ośrodkach zajmujących się leczeniem uzależnień.
- W ramach interwencji należy uzyskać zgodę na kontakt telefoniczny w okresie 2 miesięcy od zakończenia interwencji, który ma na celu otrzymanie informacji od uczestnika o stosowaniu (w dalszym ciągu) bądź zaprzestania/ograniczenia stosowania substancji psychoaktywnych.

#### **5.3.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach PPZ**

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

### 5.3.5 Sposób zakończenia udziału w PPZ

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- w przypadku osób, które uczestniczyły w działaniach informacyjno-edukacyjnych, ich udział w programie kończy się po ukończeniu interwencji i wypełnieniu post-testu;
- w przypadku osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, ich udział w programie kończy się po ukończeniu interwencji i wypełnieniu post-testu;
- w przypadku osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla rodziców/opiekunów prawnych, ich udział w programie kończy się po ukończeniu interwencji i wypełnieniu post-testu;
- w przypadku osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla kadry pedagogicznej, ich udział w programie kończy się po ukończeniu interwencji i wypełnieniu post-testu;
- w przypadku młodzieży, która uczestniczyła w edukacji skierowanej do tej grupy, ich udział w programie kończy się po ukończeniu interwencji i wypełnieniu post-testu;
- w przypadku osób, u których w trakcie wizyty kwalifikacyjnej zostanie stwierdzona obecność uzależnienia, zostają zakwalifikowane do kolejnego etapu programu jaki jest interwencja antyżywkowa, a ich udział w PPZ kończy się na tym etapie;
- w przypadku osób, u których nie stwierdzono obecności uzależnienia od substancji psychoaktywnych, ich udział w programie zakończy się na etapie wizyty kwalifikacyjnej;
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ;
- zakończenie realizacji PPZ.

## 5.4 Organizacja PPZ

### 5.4.1 Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów

- 1 Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy.
- 2 Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 3 Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
- 4 Wybór realizatorów (przeprowadzenie szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
- 5 Przeprowadzenie opisanych w projekcie PPZ interwencji.
- 6 Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (ocena okresowa).
- 7 Zakończenie realizacji PPZ.
- 8 Rozliczenie finansowania PPZ.
- 9 Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji. Ww. raport końcowy powinien zostać przesłany do Agencji w terminie do 3 miesięcy od zakończenia realizacji programu.

#### 5.4.2 Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

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

*W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Zapisy projektu PPZ należy dostosowywać do ewentualnych zmian w tym zakresie.*

*Wymagania przedstawione w projekcie PPZ powinny być jasno związane z dążeniem do uzyskania wysokiej efektywności programu. Dla każdego warunku należy przedstawić uzasadnienie jego wprowadzenia, w tym odnieść się do roli jaką pełni w osiągnięciu założonych celów. Warto wskazać, że zamieszczenie wygórowanych warunków może utrudnić wyłonienie realizatora, a tym samym będzie barierą wdrożenia PPZ.*

Etap PPZ	Kwalifikacje personelu
Działania informacyjno- edukacyjne	Lekarz, pielęgniarka, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w trakcie szkolenia prowadzonego przez eksperta w ramach PPZ.
Szkolenia dla personelu medycznego	Lekarz lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, posiadający doświadczenie w diagnostyce i leczeniu uzależnień od substancji psychoaktywnych („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu.
Szkolenia dla kadry pedagogicznej	Lekarz, pielęgniarka, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia szkoleń dla kadry pedagogicznej, np. uzyskany w trakcie szkolenia prowadzonego przez eksperta w ramach PPZ.
Szkolenia dla rodziców/opiekunów prawnych	Lekarz, pielęgniarka, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia szkoleń dla rodziców/opiekunów prawnych, np. uzyskany w trakcie szkolenia prowadzonego przez eksperta w ramach PPZ.
Edukacja dla młodzieży	Lekarz, pielęgniarka, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia edukacji młodzieży, np. uzyskany w trakcie szkolenia prowadzonego przez eksperta w ramach PPZ.
Wizyta kwalifikacyjna	Lekarz lub specjalista psychoterapii uzależnień lub psycholog lub psychoterapeuta lub instruktor terapii uzależnień, którzy posiadają doświadczenie w diagnostyce, leczeniu uzależnień od substancji psychoaktywnych i przeprowadzeniu interwencji antyżywkowych.
Interwencja antyżywkowa	Lekarz lub specjalista psychoterapii uzależnień lub psycholog lub psychoterapeuta lub instruktor terapii uzależnień, którzy posiadają doświadczenie w diagnostyce, leczeniu uzależnień od substancji psychoaktywnych i przeprowadzeniu interwencji antyżywkowych.

## 5.5 Sposób monitorowania i ewaluacji PPZ

### 5.5.1 Monitorowanie

*Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej powinno być prowadzone na bieżąco i zostać zakończone wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej. Powinno uwzględniać ocenę zgłaszalności oraz ocenę jakości świadczeń realizowanych w PPZ.*

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

*Należy rozważyć zlecenie prowadzenia monitorowania przez niezależnego od realizatora eksperta zewnętrznego.*

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. W trakcie realizacji programu należy gromadzić dane dotyczące co najmniej następujących obszarów:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie;
- liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie;
- liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej;
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie, ze wskazaniem przyczyn;
- liczba osób, które zakończyły udział w programie, zgodnie z zaplanowaną dla nich ścieżką.
- liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym w ramach etapu „działania informacyjno-edukacyjne”;
- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne;
- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla rodziców/opiekunów prawnych;
- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla kadry pedagogicznej, wraz z podziałem na nauczone przedmioty;
- liczba osób, które uczestniczyły w edukacji dla młodzieży;
- liczba osób, które uczestniczyły w wizycie kwalifikacyjnej;
- liczba osób, które wzięły udział w interwencji antyżywkowej, wraz z podziałem na rodzaj uzależnienia/stosowanych substancji psychoaktywnych.

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

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

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

### 5.5.2 Ewaluacja

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

W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania każdego z celów programu. Cel można uznać za zrealizowany, jeśli wartość miernika efektywności wyliczona na podstawie danych zgromadzonych w ramach monitorowania jest równa lub przekroczyła wskazaną w celu wartość docelową.

W raporcie końcowym należy podawać wartości liczbowe dla danych objętych monitorowaniem oraz co najmniej:

- odsetka uczestników programu, u których doszło do całkowitego porzucenia nałogu, w stosunku do wszystkich osób poddanych interwencji antyżywkowej;
- odsetka uczestników programu, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich uczestników działań edukacyjnych, które wypełniły pre-test;
- odsetka przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich uczestniczących w szkoleniach dla tej grupy, które wypełniły pre-test;
- odsetka rodziców/opiekunów prawnych, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich uczestniczących w szkoleniach dla tej grupy, które wypełniły pre-test;
- odsetka przedstawicieli grona pedagogicznego, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich uczestniczących w szkoleniach dla tej grupy, które wypełniły pre-test.

Należy rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego.

### 5.6 Budżet PPZ

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

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

#### 5.6.1 Koszty jednostkowe

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

Budżet powinien zawierać wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

- koszt przygotowania i przeprowadzenia działań informacyjno-promocyjnych;
- koszt przygotowania materiałów edukacyjnych;
- koszt prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego;
- koszt przeprowadzenia szkoleń dla rodziców/opiekunów prawnych;
- koszt przeprowadzenia szkoleń dla kadry pedagogicznej;
- koszt przeprowadzenia edukacji dla młodzieży;

- koszt przeprowadzenia wizyty kwalifikacyjnej;
- koszt przeprowadzenia interwencji antyżywkowej;
- koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

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

W poniższej tabeli przedstawiono przykładowe zestawienie kosztów jednostkowych PPZ:

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych
[1]	[2]	[3]	[4]	[5=3x4]
<b>Koszty pośrednie</b>				
1	Koszty administracyjne w tym personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia, koszty ewaluacji i monitorowanie <sup>1</sup> projektu			
2	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ			
3	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)			
<b>Koszty bezpośrednie</b>				
1	Koszt przeprowadzenia etapu „Działania informacyjno-edukacyjne” ... (wyszczególnienie działań)			
2	Koszt przeprowadzenia etapu „Szkolenia dla personelu medycznego”... (wyszczególnienie działań)			
3	Koszt przeprowadzenia etapu „Szkolenia dla rodziców/opiekunów prawnych”... (wyszczególnienie działań)			
3	Koszt przeprowadzenia etapu „Szkolenia dla kadry pedagogicznej” ... (wyszczególnienie działań)			
4	Koszt przeprowadzenia etapu „Edukacja dla młodzieży” ... (wyszczególnienie działań)			
4	Koszt przeprowadzenia etapu „wizyta kwalifikacyjna” ... (wyszczególnienie działań)			
5	Koszt przeprowadzenia etapu „interwencja antyżywkowa” ... (wyszczególnienie działań)			
....				
<b>SUMA</b>				

<sup>1</sup> Ewaluacja i monitorowanie - do 10% całkowitego budżetu PPZ

### 5.6.2 Koszty całkowite

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

Koszty całkowite realizacji PPZ:

Rok realizacji PPZ	Koszt całkowity
20xx r.	
20xx r.	
Koszt całkowity	

### 5.6.3 Źródła finansowania

Istotne jest wskazanie jednostki odpowiedzialnej za finansowanie PPZ. W przypadku partnerstwa w kwestii finansowania należy określić jaki udział będzie mieć finansowanie pochodzące z innego źródła niż budżet JST. W przypadku, gdyby do programu miała zostać włączona np. jednostka badawcza, również należy określić zakres partnerstwa. W przypadku programów wieloletnich ważnym jest, aby w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego zawrzeć klauzulę o zobowiązaniu do ustalania corocznie szczegółowego nakładu z budżetu jednostki samorządu terytorialnego (samorzady terytorialne obowiązują procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, więc warunkuje to także konieczność ścisłego planowania).

### Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz.U. 2025 poz. 1461) po uzyskaniu Opinii Rady Przejrzystości nr 192/2025 z dnia 20 października 2025 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki uzależnień oraz na podstawie Raportu nr: DPPZ.434.3.2025 „Profilaktyka uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych”; data ukończenia: październik 2025.

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

**Piśmiennictwo**

<b>Opinia RP</b>	Opinia Rady Przejrzystości nr 192/2025 z dnia 20 października 2025 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki uzależnień
<b>Raport</b>	Raport nr: DPPZ.434.3.2025 „Profilaktyka uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych: październik 2025
<b>Źródła rekomendacji</b>	
<b>AAFP 2023</b>	American Academy of Family Physicians (2023). Addressing Alcohol and Other Substance Use. Practice manual. Pozyskano z: <a href="https://www.mdafp.org/assets/files/pdfs/Alcohol%20Practice%20Manual%202023.pdf">https://www.mdafp.org/assets/files/pdfs/Alcohol%20Practice%20Manual%202023.pdf</a> , dostęp z 27.11.2025
<b>AFP 2016</b>	Australian Family Physician (2016). Alcohol screening and brief interventions in primary care – Evidence and a pragmatic practice-based approach. REPRINTED FROM AFP VOL.45, NO.10, The Royal Australian College of General Practitioners 2016
<b>EAR 2017</b>	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
<b>ENST 2025</b>	European Network for Smoking and Tobacco (2025). The authoritative guide to a comprehensive understanding of the implications and implementation of treatments and strategies to treat tobacco and nicotine dependence (4th edition). Pozyskano z: <a href="https://www.researchgate.net/publication/390746282_2025_Guidelines_For_Treating_Tobacco_And_Nicotine_Dependence">https://www.researchgate.net/publication/390746282_2025_Guidelines_For_Treating_Tobacco_And_Nicotine_Dependence</a> , dostęp z 27.11.2025
<b>KCPU 2025</b>	Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (2025). Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w 2025 roku. Pozyskano z: <a href="https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/12/Rekomendacje_2025.pdf">https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/12/Rekomendacje_2025.pdf</a> , dostęp z 27.11.2025
<b>NICE 2025</b>	National Institute for Health and Care Excellence (2025). Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence. Pozyskano z: <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng209">https://www.nice.org.uk/guidance/ng209</a> , dostęp z 27.11.2025
<b>NIZP PZH PIB 2020</b>	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy (2020). Rekomendacje w zakresie ochrony dzieci i młodzieży przed konsekwencjami używania produktów nikotynowych. Pozyskano z: <a href="https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2020/12/Raport-koncowy-26.11.2020-1-po-G-i-po-M-2.pdf">https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2020/12/Raport-koncowy-26.11.2020-1-po-G-i-po-M-2.pdf</a> , Dostęp z: 27.11.2025
<b>PPE 2022</b>	Bała M.M., Cedzyńska M., Balwicki Ł. et al. (2022). Wytyczne leczenia uzależnienia od nikotyny. Med. Prakt. 7-8: 24–40
<b>UNODC 2015</b>	United Nations Office on Drugs and Crime. (2015). International standards on drug use prevention.
<b>USPSTF 2021</b>	US Preventive Services Task Force (2021). Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: Interventions. Pozyskano z: <a href="https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/tobacco-use-in-adults-and-pregnant-women-counseling-and-interventions">https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/tobacco-use-in-adults-and-pregnant-women-counseling-and-interventions</a> , dostęp z 27.11.2025
<b>WHO 2010</b>	Manuals. I. Humeniuk, Rachel. II. Henry-Edwards, S..Ali, Robert. I.Poznyak, Vladimir. V.Monteiro, Maristela G.World Health Organization (2010).The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST).Manual for use in primary care.
<b>Źródła dowodów wtórnych</b>	
<b>Behbod 2018</b>	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).
<b>Beyer 2019</b>	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.

<b>Boumparis 2017</b>	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.
<b>Butler 2025</b>	Butler A. R., Lindson N., Livingstone-Banks J. et al. (2025). Interventions for quitting vaping. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 1(1): CD016058
<b>Champion 2022</b>	Champion K.E., Gardner L.A., McCann K. et al. (2022). Parent-based interventions to improve multiple lifestyle risk behaviors among adolescents: A systematic review and meta-analysis. <i>Prev. Med.</i> 164:107247
<b>Cho 2021</b>	Cho M.K., Cho Y.H. (2021). Do Alcohol Prevention Programs Influence Adolescents' Drinking Behaviors? A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health.</i> 18(16): 8524
<b>Gardner 2024</b>	Gardner L.A., Rowe A.L., Newton N.C. et al. (2024). A Systematic Review and Meta-analysis of School-Based Preventive Interventions Targeting E-Cigarette Use Among Adolescents. <i>Prev Sci.</i> 25(7): 1104-1121
<b>Hodder 2017</b>	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.
<b>Jiang 2017</b>	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.
<b>Kock 2019</b>	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.
<b>Lekamge 2025</b>	Lekamge R.B., Jain R., Sheen J. et al. (2025). Systematic Review and Meta-analysis of the Effectiveness of Whole-school Interventions Promoting Mental Health and Preventing Risk Behaviours in Adolescence. <i>J. Youth Adolesc.</i> 54(2): 271-289
<b>Ma 2023</b>	Ma H., Kieu T.K., Ribisl K.M. et al. (2023). Do Vaping Prevention Messages Impact Adolescents and Young Adults? A Meta-Analysis of Experimental Studies. <i>Health Commun.</i> 38(8): 1709-1722
<b>Matkin 2019</b>	Matkin, W., Ordóñez-Mena, J. M., & Hartmann-Boyce, J. (2019). Telephone counselling for smoking cessation. <i>Cochrane database of systematic reviews</i> , (5)
<b>O'Logbon 2024</b>	O'Logbon J., Wickersham A., Williamson C. et al. (2024). The effectiveness of digital health technologies for reducing substance use among young people: a systematic review & meta-analysis. <i>J. Ment. Health.</i> 33(5): 645-673
<b>Rifat 2025</b>	Rifat M.A., Orsini N., Qazi B. et al. (2025). Smoking Prevention and Cessation Programs for Children and Adolescents Focusing on Parental Involvement: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>J. Adolesc. Health.</i> 76(4): 532-541
<b>Schweer-Collins 2023</b>	Schweer-Collins M.L., Parr N.J., Saitz R. et al. (2023). Investigating for Whom Brief Substance Use Interventions Are Most Effective: An Individual Participant Data Meta-analysis. <i>Prev. Sci.</i> 24(8): 1459-1482
<b>Song 2021</b>	Song R., Park M. (2021). Meta-analysis of the effects of smoking prevention programs for young adolescents. <i>Child Health Nurs Res.</i> 27(2): 95-110
<b>Vaihekoski 2022</b>	Vaihekoski A., Lagström H., Eloranta S. et al. (2022). Influencing adolescents' attitudes towards nicotine products: A systematic review. <i>Nordisk Alkohol Nark.</i> 39(5): 568-584
<b>Vrijen 2021</b>	Vrijen C., Wiertsema M., Ackermans M.A. et al. (2021). Childhood and Adolescent Bullying Perpetration and Later Substance Use: A Meta-analysis. <i>Pediatrics.</i> 147(3): e2020034751
<b>Wang 2022</b>	Wang J., Hao Q. H., Tu Y. et al. (2022). Assessing the Association Between Internet Addiction Disorder and Health Risk Behaviors Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Front Public Health.</i> 10: 809232
<b>Yimer 2024</b>	Yimer T.M., McClure-Thomas C., Stjepanovic D. et al. (2024). The relationship between cannabis and nicotine use: A systematic review and meta-analysis. <i>Addiction.</i> 119(12): 2076-2087

<b>Yoong 2021</b>	Yoong S. L., Hall A., Turon H. et al. (2021). Association between electronic nicotine delivery systems and electronic non-nicotine delivery systems with initiation of tobacco use in individuals aged <20 years. A systematic review and meta-analysis. PLoS. One. 16(9): e0256044
<b>Zhou 2023</b>	Zhou X., Wei X., Cheng A. et al. (2023). Mobile Phone-Based Interventions for Smoking Cessation Among Young People: Systematic Review and Meta-Analysis. JMIR Mhealth Uhealth. 11: e48253
<b>Problem zdrowotny/epidemiologia</b>	
<b>BASiW 2025</b>	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (2024). Mapy potrzeb zdrowotnych. Mapa potrzeb na lata 2022-2026. Pozyskano z: <a href="https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/">https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/</a> , dostęp z 27.11.2025
<b>MZ 2025</b>	Ministerstwo Zdrowia (2025). Wsparcie wdrożenia jedenastej rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) w polskim systemie ochrony zdrowia (II etap prac). Pozyskano z: <a href="https://www.gov.pl/web/zdrowie/wdrozenia-icd-11">https://www.gov.pl/web/zdrowie/wdrozenia-icd-11</a> , dostęp z 27.11.2025
<b>RSK 2025</b>	Rejestr Systemów Kodowania (2025). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD-11 – polska wersja językowa. Pozyskano z: <a href="https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd11/99ICD1/2023-01/mms/details">https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd11/99ICD1/2023-01/mms/details</a> , dostęp z 27.11.2025
<b>ESPAD 2024</b>	Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną- raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2024. Pozyskano z: <a href="https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2025/03/Raport-ESPAD-2024-POLSKA.pdf">https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2025/03/Raport-ESPAD-2024-POLSKA.pdf</a> , dostęp z 27.11.2025
<b>GUS 2024</b>	Główny Urząd Statystyczny (2024). Zdrowie i ochrona zdrowia w 2023 roku. Pozyskano z: <a href="https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2023-roku,1,14.html">https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2023-roku,1,14.html</a> , dostęp z 27.11.2025
<b>KCPU 2023</b>	Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (2023). Raport 2023: Uzależnienia w Polsce. Pozyskano z: <a href="https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/03/Raport-2023-wersja-Internetowa.pdf">https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/03/Raport-2023-wersja-Internetowa.pdf</a> , dostęp z 27.11.2025
<b>CBOS 2019</b>	CBOS (2019). Palenie papierosów. Komunikat z badań Nr 104/2019. ISSN 2353-5822
<b>KBPN 2018</b>	KBPN (2018). Standardy postępowania wobec osób używających nowych substancji psychoaktywnych (NSP). Poradnik dla pracowników medycznych. Pozyskano z: <a href="https://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707">https://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707</a> , dostęp z 27.11.2025
<b>Fudała 2013</b>	Fudała. J. (2013). Leczenie uzależnienia od alkoholu. Pozyskano z: <a href="https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/69539,leczenie-uzaleznienia-od-alkoholu">https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/69539,leczenie-uzaleznienia-od-alkoholu</a> , dostęp z 27.11.2025
<b>KBPN 2012</b>	KBPN (2012) Uzależnienie od narkotyków Podręcznik dla terapeutów. Pozyskano z: <a href="https://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707">https://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707</a> , dostęp z 27.11.2025
<b>Klimkiewicz 2013</b>	Klimkiewicz. A. (2013). Choroby somatyczne spowodowane używaniem alkoholu. Pozyskano z: <a href="https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/81417,choroby-somatyczne-spowodowane-uzywaniem-alkoholu">https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/81417,choroby-somatyczne-spowodowane-uzywaniem-alkoholu</a> , dostęp z 27.11.2025
<b>Porębiak 2013</b>	Porębiak (2013). Uzależnienie od nikotyny. Pozyskano z: <a href="https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/70084,uzaleznienie-od-nikotyny">https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/70084,uzaleznienie-od-nikotyny</a> , dostęp z 27.11.2025
<b>Pozostałe</b>	
<b>BASiW 2025</b>	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (2025). Mapy potrzeb zdrowotnych – Analizy: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – dorośli. Pozyskano z <a href="https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/absencje-chorobowe/">https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/absencje-chorobowe/</a> dostęp z 27.11.2025

<b>KCPU 2017</b>	Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (2017). O programie – pomaranczowalinia.pl. Pozyskano z: <a href="https://pomaranczowalinia.pl/o-programie/">https://pomaranczowalinia.pl/o-programie/</a> , dostęp z 27.11.2025
<b>KCPU 2023</b>	Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (2023). Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom postanowiło przekształcić i jednocześnie poszerzyć działalność Ogólnopolskiego Telefonu Zaufania Narkotyki Narkomania 800 199 990. Pozyskano z: <a href="https://kcpu.gov.pl/krajowe-centrum-przeciwdzialania-uzaleznieniom-postanowilo-przekształcic-i-jednoczesnie-poszerzyc-dzialalnosc-ogolnopolskiego-telefonu-zaufania-narkotyki-narkomania-800-199-990-zglaszane-konsultantom/">https://kcpu.gov.pl/krajowe-centrum-przeciwdzialania-uzaleznieniom-postanowilo-przekształcic-i-jednoczesnie-poszerzyc-dzialalnosc-ogolnopolskiego-telefonu-zaufania-narkotyki-narkomania-800-199-990-zglaszane-konsultantom/</a> , dostęp z: 27.11.2025
<b>KCPU 2025</b>	Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (2025). Mapa placówek. Pozyskano z: <a href="https://kcpu.gov.pl/mapa/">https://kcpu.gov.pl/mapa/</a> dostęp z 27.11.2025
<b>MZ 2019</b>	Ministerstwo Zdrowia (2019). Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych. Pozyskano z: <a href="https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/82426/Zalacznik_17.pdf">https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/82426/Zalacznik_17.pdf</a> , dostęp z 27.11.2025
<b>PARPA 2022</b>	Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (2022). Pozyskano z: <a href="https://www.parpa.pl/">https://www.parpa.pl/</a> , dostęp z 27.11.2025
<b>RM 2021</b>	Rada Ministrów (2021). Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz.U. 2021 poz. 642). Pozyskano z: <a href="https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210000642">https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210000642</a> dostęp z 27.11.2025
<b>SSEW 2025</b>	Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Warszawie (2025). ARS, czyli jak dbać o miłość. Pozyskano z: <a href="https://www.gov.pl/web/psse-warszawa/ars-czyli-jak-dbac-o-milosc">https://www.gov.pl/web/psse-warszawa/ars-czyli-jak-dbac-o-milosc</a> , dostęp z 27.11.2025