



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Wydział Oceny Technologii Medycznych

Profilaktyka uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych

Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych,
działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej
oraz warunków realizacji tych programów
(art. 48aa ust. 1 Ustawy)

Raport nr: DPPZ.434.3.2025

Warszawa, październik 2025

Kluczowe wnioski wynikające z aktualizacji Raportu (OT.423.6.2019)

Problem decyzyjny

Zgodnie z art. 48aa Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, z własnej inicjatywy lub z inicjatywy Ministra właściwego do spraw zdrowia, dokonuje okresowej weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów polityki zdrowotnej (PPZ) i na podstawie wskazanej weryfikacji przygotowuje raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach PPZ oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Rada Przejrzystości na podstawie ww. raportu, wydaje opinię w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Następnie Prezes Agencji, biorąc pod uwagę opinię Rady Przejrzystości, wydaje rekomendację w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić Prezesowi Agencji opracowanie i wydanie rekomendacji, dotyczącej danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Zgodnie z art. 48aa ust. 8 rekomendacje, o których mowa powyżej, podlegają aktualizacji nie rzadziej niż co 5 lat.

Niniejszy dokument stanowi aktualizację raportu OT.423.6.2019 w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach PPZ oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych, i został opracowany w celu przygotowania aktualizacji rekomendacji 12/2020 zgodnie z art. 48aa ust. 8. Ustawy.

Poniżej przedstawiono zestawienie najważniejszych wniosków wynikających z pierwotnej wersji raportu i z przedmiotowej aktualizacji (Tabela 1).

Tabela 1. Zestawienie najważniejszych wniosków wynikających z wyjściowej wersji raportu (OT.423.6.2019) oraz z jego aktualizacji

Rozdział	Wyjściowa wersja raportu (2020 r.)	Aktualizacja raportu (2025 r.)
Epidemiologia	- Zjawisko uzależnienia od alkoholu dotyczy ok. 2,2% polskiej populacji (Kiejna 2015). Grupa ludzi kiedykolwiek pijących szkodliwie w ciągu życia, stanowi ponad 10% osób dorosłych. Na szkody zdrowotne i społeczne nadużywania alkoholu narażonych jest ok. 4 mln. osób. W odniesieniu do narkotyków, wyniki badań EZOP wskazują, że liczba osób mających z nimi styczność przekracza 1 milion osób. - Na podstawie badań Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS), w Polsce co piąta osoba (21%) jest nałogowym palaczem. Porównując lata poprzednie, liczba osób uzależnionych spadła o 6%, w porównaniu do roku 2008. W 2019 roku 48% osób oznajmiło, że nigdy nie paliło, natomiast 26% osób rzuciło palenie (CBOS 2019). - Pod koniec 2018 roku Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Kantar Polska prowadziło badania w populacji młodzieży w 80 szkołach ponadgimnazjalnych. Do najczęściej używanych narkotyków była zaliczana marihuana i haszysz. Do przyjmowania ich „kiedykolwiek w życiu” przyznało się 38% badanych, co oznacza spadek o 4% w stosunku do roku 2016. W wynikach ostatniego pomiaru odnotowano również niewielki spadek używania konopi indyjskich wśród osób eksperymentujących z tego typu substancjami. W ciągu 12 miesięcy	<u>Alkohol</u> - W roku 2021 najczęściej spożywanymi alkoholami w Polsce pozostają piwo oraz wódka, podczas gdy wino pozostaje rzadziej wybieranym alkoholem (63% Polaków nie spożywało go w ogóle w przeciągu miesiąca) (KCPU 2023). - W porównaniu do wcześniejszych lat (1992), w roku 2021 zdecydowanie wzrósł odsetek uczniów spożywających piwo (49% vs. 66%) oraz wódkę (28% vs. 62%) (KCPU 2023). - W roku 2021 z powodu nadużywania alkoholu zmarło w sumie 14 048 osób. W zdecydowanej większości przypadków powodem zgonu były choroby wątroby wynikające z nadmiernego spożycia alkoholu (9 230 osób) (KCPU 2023). - W roku 2024, 72,9% nastolatków między 15 a 16 r.ż. stwierdziło, że kiedykolwiek piło alkohol. W przypadku osób między 17 a 18 r.ż., 91,3% uczniów potwierdziło spożycie alkoholu na przestrzeni swojego życia (ESPAD 2024).

	poprzedzających pomiar w roku 2018 marihuanę lub haszysz zażywał co piąty uczeń (20%, w 2016 roku – 21%), a w ciągu ostatnich 30 dni – co dziesiąty (10%, w 2016 roku – 9%). Zażywanie leków uspokajających i nasennych bez zaleceń lekarza zadeklarował co piąty uczeń (22%, w 2016 roku – 19%) (CINN 2019).	<u>Substancje psychoaktywne</u> - W porównaniu do roku 1992, odsetek osób przyznających się do zażywania narkotyków wzrósł o 8% (z 5% w 1992 do, 13% w roku 2021) (ESPAD 2024). - W roku 2021 z powodu nadużywania narkotyków zmarło w sumie 289 osób. W przeliczeniu, wskaźnik umieralności wyniósł ok. 6,1/1 mln obywateli (KCPU 2023). - Zgodnie z wynikami badań ankietowych 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 (ESPAD 2024). <u>Palenie tytoniu</u> - W roku 2024, 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 (ESPAD 2024). - W przypadku nastolatków między 15 a 16 r.ż., 9,2% uczniów przyznało, że paliło co najwyżej 1 papierosa na tydzień, a 4,5% pali od 1 do 5 papierosów dziennie. W przypadku nastolatków między 17 a 18 r.ż., odsetek uczniów palących okazjonalnie (mniej niż 1 papieros/tydzień) wynosi 14,2%, a tych palących 1-5 papierosów na dzień – 6,6% (ESPAD 2024). - W roku 2024, 56,7% nastolatków między 15 a 16 r.ż. potwierdziło, że korzystało z e-papierosów na przestrzeni swojego życia. W przypadku starszej kohorty (między 17 a 18 r.ż.), odsetek ten wyniósł 69,5%. (ESPAD 2024). - Zgodnie z danymi BASiW ze świadczeń z zakresu leczenia uzależnień od tytoniu w roku 2023 skorzystało jedynie 125 pacjentów. Pacjenci ci w omawianym roku skorzystali z 2 138 porad (BASiW 2024).
Postępowanie i stan finansowania ze środków publicznych	- Polski system profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii oparty jest na trzech różnych poziomach administracji – rządowej, samorządów wojewódzkich oraz samorządów gminnych. Na każdym poziomie system ten realizowany jest na podstawie wzajemnie komplementarnych programów: - Narodowego Programu Zdrowia, - wojewódzkich i gminnych programów profilaktyki, - wojewódzkich i gminnych programów przeciwdziałania narkomanii.	- W ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dostępne są interwencje mające na celu profilaktykę, leczenie oraz rehabilitację osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Interwencje te dostępne są zarówno dla młodzieży jak i osób dorosłych. - Odnaleziono informacje wskazujące, że Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) w roku 2022 przestała istnieć. Jej zadania przejęło obecnie funkcjonujące Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (PARPA 2022).

	• Raport Najwyższej Izby Kontroli z 2019 r. „Profilaktyka uzależnień od alkoholu i narkotyków” wskazuje, że w latach 2016-2019 organy administracji samorządowej odpowiedzialne za profilaktykę uzależnień od alkoholu i narkotyków nie wykonywały rzetelnie zadań na rzecz poprawy jakości oddziaływań zmieniających zachowania i postawy wobec substancji psychoaktywnych. • Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych jest celem działania Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), która podlega ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. • Zgodnie z ustawą z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. 2019 poz. 2182) organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego są obowiązane do podejmowania działań zmierzających do ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu. Ponadto mogą one wspierać w tym zakresie działalność medycznych samorządów zawodowych, organizacji społecznych, fundacji, instytucji i zakładów pracy, a także współdziałać z kościołami i innymi zawiązkami wyznaniowymi. • Działalność w zakresie przeciwdziałania narkomanii prowadzi Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (KBPN).	• Informacje nt. dostępnego w Polsce wsparcia telefonicznego dla osób uzależnionych i ich rodzin pozostają aktualne. Inicjatywy „Pomarańczowa Linia” oraz Telefon Zaufania „Narkotyki-Narkomania”, w dalszym ciągu funkcjonują (KCPU 2023, KCPU 2017). • W Polsce w latach 2019-2023 realizowany był „Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych”. Nie odnaleziono żadnych informacji sugerujących dalszą realizację omawianej inicjatywy (MZ 2019). • 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 (SSEW 2025). • 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 w omawianym roczniku skorzystali z ok. 2,95 mln porad (BASIW 2025).
Opinie ekspertów klinicznych	• Eksperci są zgodni co do zasadności prowadzenia przez JST PPZ nakierowanych na profilaktykę uzależnień od substancji psychoaktywnych w związku z tym, że przyczyniają się one do wielu problemów zdrowotnych i życiowych. Prowadzenie działań profilaktycznych przynosi, w krótszej lub dłuższej perspektywie czasowej, wymierne korzyści dla społeczeństwa m.in. zwiększenie poziomu wiedzy oraz świadomości ww. zakresie. • Eksperci są zgodni, że populację docelową programów polityki zdrowotnej powinna stanowić populacja ogólna ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży • Eksperci wskazują, że działania edukacyjne powinny obejmować swoją tematyką: ○ umiejętności interpersonalne, ○ obowiązujące normy prawne, ○ zdrowy styl życia, ○ szkodliwość używania substancji psychoaktywnych (alkoholu, tytoniu, narkotyków), ○ umiejętności psychologiczne.	• Eksperci zgadzają się co do zasadności aktualizacji rekomendacji. Eksperci wskazują na potrzebę aktualizacji w opracowaniu wytycznych krajowych i międzynarodowych oraz aktualizacji opisu aktualnego postępowania w kraju wskazując, że zadania gmin z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom są prowadzone w postaci uchwalonego przez radę gminy gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, który stanowi część strategii rozwiązywania problemów społecznych i który uwzględnia cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, określone w Narodowym Programie Zdrowia. • Eksperci wskazują na zasadność powiązania rekomendacji Prezesa AOTMiT z rekomendowanymi programami profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży znajdującymi się w bazie programów rekomendowanych prowadzonej przez KCPU. • Jeden z ekspertów wskazał następujące interwencje: ○ badania przesiewowe z wykorzystaniem narzędzi takich jak: skala Heaviness of Smoking Index (HSI), skala przesiewowa CAGE (ang. <i>Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener</i>) dla problemów z nadużywaniem alkoholu, skala picia problemowego (SPP), test

		Problemowego Używania Narkotyków (PUM) oraz Problemowego Używania Marihuany (PUM); - o działania terapeutyczne w ramach programu lub przekierowanie do istniejącego systemu leczenia, w zamian dotychczas rekomendowanej krótkiej interwencji profilaktycznej; - o szkolenia dla personelu medycznego placówek podstawowej opieki zdrowotnej m.in. z krótkiej interwencji profilaktycznej [Zal 2].
Rekomendacje i wytyczne	- W 16 z 26 rekomendacji wskazuje się na potrzebę uwzględnienia w działaniach profilaktycznych populacji ogólnej ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży w celu zapobieżenia rozpoczęciu korzystania z określonych używek. Edukacja dzieci i młodzieży powinna być prowadzona cyklicznie i powinna podejmować kwestie wpływu środowiska i rówieśników na prawdopodobieństwo rozpoczęcia korzystania z używek – w szczególności tytoniu (USPSTF 2020a, USPSTF 2020b, USPSTF 2020c PARAP 2019, USPSTF 2018, ENSP 2018, EAR 2017, NICE 2017, NICE 2015, UNODC 2015, USPSTF 2015, AAFP 2013, WHO 2012, NICE 2011a, NICE 2011b, NICE 2010). - W celu zidentyfikowania osób o podwyższonym ryzyku wystąpienia uzależnień od substancji psychoaktywnych należy przeprowadzić w populacji ogólnej wywiad lekarski/kwalifikacyjny. Podczas wywiadu należy zapytać o częstotliwość korzystania ze wszelkich używek psychoaktywnych i jeśli jest to konieczne, należy zastosować kwestionariusze nacelowane na wykrywanie osób uzależnionych jak: NIDA w przypadku narkotyków, test Fagerström'a w przypadku tytoniu, AUDIT-C dla uzależnienia od alkoholu lub ASSIST dla wszystkich wymienionych substancji (USPSTF 2020b, USPSTF 2020c, USPSTF 2018, ENSP 2018, AAFP 2018, EAR 2017, AFP 2016, AFP 2014, NIAAA 2011, NICE 2011a, NICE 2010, WHO 2010). - Zaleca się, aby w ramach realizowanych działań profilaktycznych prowadzić szkolenia dla personelu medycznego z zakresu sposobów komunikacji z osobami uzależnionymi oraz metod motywowania do rzucenia nałogu. Należy także poruszyć kwestię potrzeby uświadamiania pacjentów na temat szkodliwości nałogu oraz jego długotrwałego wpływu na zdrowie (PARPA 2019, ENSP 2018, UNODC 2015, AFP 2014, WHO 2012, NICE 2011a, NICE 2011b). - Niewielka część rekomendacji zaleca prowadzenie szkoleń dla pracodawców z zakresu przeciwdziałania używkom w miejscu pracy. Szkolenia te powinny skupiać się na zachęceniu pracodawców do wprowadzenia całkowitego zakazu palenia tytoniu na terenie zakładu pracy, wskazaniu potrzeby wsparcia osób uzależnionych w procesie ograniczenia palenia tytoniu oraz konieczności zachęcenia pracowników	- Programy profilaktyczne dotyczące uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych powinny spełniać standardy profilaktyki opartej na naukowych podstawach i wykorzystywać przede wszystkim wiodące strategie profilaktyczne (ENST 2025, NICE 2025, KCPU 2025, NIZP PZH PIB 2020). - Odnalezione rekomendacje są zgodne w zakresie zasadności prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych nacelowanych na szkodliwość spożywania alkoholu i palenia tytoniu 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). - Zgodnie z wytycznymi ENST zaleca się dokładne oszacowanie motywacji palacza do podjęcia wysiłków w rzucaniu palenia tytoniu. Dokonywać tego powinien każdy lekarz. Samą motywację z kolei można zweryfikować w oparciu o bezpośrednie pytanie bądź też zastosowanie określonych skal i modeli zmiany behawioralnej (np. ang. <i>Transtheoretical Model of Behaviour Change</i> czy też ang. <i>Motivation to Stop Smoking Scale</i>) (ENST 2025). - AAFP w swojej rekomendacji wskazuje szereg zalecanych kwestionariuszy przesiewowych w kierunku używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych takich jak: TAPS, SASQ, USAUDIT, USAUDIT-C, DAST, CRAFFT, S2BI (AAFP 2023). - Rekomendacje są zgodne co do efektywności krótkich porad antynikotynowych (3-5 minut), świadczonych przez lekarzy lub innych specjalistów w zakresie zdrowia, jest zadawalająca i pozwala zwiększyć odsetek pacjentów uzyskujących długoterminową abstynencję (ENST 2025). Interwencje te mogą być stosowane przy pomocy schematów „5 R” oraz „5 A” (ENST 2025, AAFP 2023).

	do podjęcia prób ograniczenia lub rzucenia nałogu (NICE 2015, CDC/NIOSH 2015, WHO 2012).	- Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi, rekomenduje się realizację programów profilaktycznych dla rodziców i aktywną współpracę z nimi w obszarze profilaktyki (KCPU 2025, NICE 2025). Ponadto rekomendacje wskazują, że wdrożenie poradnictwa antynikotynowego w połączeniu ze świadczeniami z zakresu pediatrii 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). - Odnalezione rekomendacje wskazują, by pracownicy systemu opieki zdrowotnej regularnie uczestniczyli 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 porzucenie palenia tytoniu. Docelowo powinni oni być gotowi do wspierania pacjenta w dążeniu do abstynencji, poprzez chociażby poinformowanie go o dostępnym leczeniu farmakologicznym (ENST 2025).
Skuteczność kliniczna i bezpieczeństwo	<u>Tytoń:</u> - W metaanalizie Kock 2019 autorzy dokonali oszacowania wpływu dopasowanych do potrzeb pacjenta interwencji behawioralnych na prawdopodobieństwo rzucenia lub ograniczenia palenia. Zastosowanie u pacjentów ww. interwencji prowadzi do podwyższenia prawdopodobieństwa rzucenia lub ograniczenia palenia tytoniu do poziomu $RR=1,56$ [95%CI: (1,39; 1,75)]. - W przypadku metaanalizy Matkin 2019 autorzy dokonali oszacowania wpływu proaktywnych porad telefonicznych na ww. nałóg. Zastosowanie proaktywnych porad telefonicznych, zarówno u osób korzystających jak i niekorzystających z telefonów zaufania, prowadzi do zwiększenia prawdopodobieństwa rzucenia palenia tytoniu odpowiednio do poziomu $RR=1,25$ [95%CI: (1,15; 1,35)] oraz $RR=1,38$ [95%CI: (1,19; 1,61)]. - Autorzy metaanalizy Carson 2012 dochodzą do wniosku, że poddanie personelu medycznego działaniom szkoleniowym z zakresu palenia tytoniu prowadzi do podwyższenia szansy na punktowe ograniczenie rozpowszechnienia palenia tytoniu do poziomu $OR=1,41$ [95%CI: (1,13; 1,77)]. <u>Alkohol:</u> - W metaanalizie Stockings 2018 autorzy dokonali oszacowania wpływu działań edukacyjnych na rozpowszechnienie nadużywania alkoholu. Zastosowanie wspomnianej interwencji prowadzi do obniżenia	<u>Interwencje edukacyjno/behawioralne:</u> - Interwencje wykorzystujące wiadomości tekstowe, determinowały istotny statystycznie wzrost prawdopodobieństwa zaprzestania korzystania z e-papierosów po ≥ 6 miesiącach, o 32% – $RR=1,32$ [95%CI: (1,19; 1,47)] (Butler 2025). - Interwencje nacelowane na profilaktykę nadużywania substancji psychoaktywnych, wykorzystujące technologie cyfrowe mogą mieć istotny statystycznie pozytywny wpływ na zmniejszenie spożywania alkoholu – $SMD=-0,12$ [95%CI: (-0,17; -0,06)] (O'Logbon 2024). - Krótką interwencją antyżywkową prowadzoną przez specjalistę behawioralnego w ogólnych placówkach opieki zdrowotnej istotnie statystycznie ogranicza konsekwencje używania narkotyków wśród młodych dorosłych w 3 miesięcznym okresie obserwacji (Schweer-Collins 2023). <u>Programy profilaktyczne:</u> - Zorganizowane szkolne programy 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).

	prawdopodobieństwa nadużywania alkoholu do poziomu $RR=0,78$ [95%CI: (0,62; 0,99)]. - Autorzy przeglądu systematycznego Jiang 2017 stwierdzają, iż telefoniczne rozmowy motywacyjne mogą stanowić istotny element promowania abstynencji. Ponadto interwencja ta może służyć w zapobieganiu i leczeniu uzależnienia od alkoholu. - Autorzy metaanalizy Hodder 2017 oszacowali, że działania edukacyjne mogą zwiększyć szanse na ograniczenie spożycia alkoholu przez młodzież i dzieci do poziomu $OR=0,86$ [95%CI: (0,73; 1,02)], choć otrzymany wynik nie był istotny statystycznie. Do podobnych wniosków dochodzą autorzy metaanalizy Carney 2016, którzy określili, że edukacja może spowodować spadek w częstości $SMD=-0,91$ [95%CI: (-1,21; -0,61)] oraz ilości $SMD=-0,16$ [95%CI: (-0,45; 0,14)] spożywanego alkoholu u nastolatków i studentów. Należy jednak zaznaczyć, że otrzymane wyniki nie były istotne statystycznie. <u>Narkotyki:</u> - Autorzy metaanalizy O'Connor 2020 dokonali oceny efektywności interwencji behawioralnych wśród młodych osób. Łączny wynik tej publikacji wskazuje na nieistotny statystycznie związek pomiędzy przeprowadzeniem interwencji, a nielegalnym używaniem środków odurzających ($SMD=-0,08$ [95%CI: (-0,16; 0,001)]). - Przeprowadzanie profilaktyki uniwersalnej w szkole, opisane w metaanalizie Hodder 2017, prowadzi do zwiększenia szansy na zapobieżenie rozpoczęcia przyjmowania narkotyków przez młode osoby do poziomu $OR=0,78$ [95%CI: (0,66; 0,93)]. <u>Bezpieczeństwo</u> - W wyniku prac analitycznych nie odnaleziono metaanaliz, które odnosiły się do potencjalnych działań niepożądanych związanych z prowadzeniem działań profilaktycznych nacelowanych na uzależnienia od alkoholu, tytoniu i narkotyków.	- 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). <u>Czynniki ryzyka:</u> - 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). - 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). - Korzystanie kiedykolwiek przez dzieci i młodzież z e-papierosów prowadzi do istotnego statystycznie podwyższenia prawdopodobieństwa zarówno palenia papierosów kiedykolwiek na przestrzeni życia, jak i obecnego palenia papierosów – odpowiednio $RR=3,01$ oraz $RR=2,56$ (Yoong 2021). <u>Bezpieczeństwo</u> - W wyniku prac analitycznych nie odnaleziono wtórnych doniesień naukowych oraz rekomendacji klinicznych, które odnosiły się do potencjalnych działań/zdarzeń niepożądanych związanych z realizacją działań nakierowanych na profilaktykę uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych.
Efektywność kosztowa	W przypadku przeglądu systematycznego Angus 2014, autorzy podjęli próbę oszacowania inkrementalnego współczynnika efektywności kosztowej (ICER) dla badań przesiewowych w połączeniu z krótkimi interwencjami antyalkoholowymi w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej. W przypadku interwencji prowadzonych przez pielęgniarki okazały się one być kosztowo efektywne. ICER w tym przypadku osiągnął wartość ok. 1 500£. W przypadku prowadzenia ww. interwencji przez lekarzy POZ ICER wahał się między 300£ a 11 000£.	W wyniku prac analitycznych nie odnaleziono analiz ekonomicznych, które odnosiły się do kosztów i efektywności ekonomicznej realizacji działań nakierowanych na profilaktykę uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych.

Zastosowane skróty:

AAFP	ang. <i>American Academy of Family Physicians</i>
AFP	ang. <i>Australian Family Physician</i>
Agencja	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
AMSTAR	ang. <i>A Measurement Tool to Assess systematic Reviews</i>
AOS	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
BASIW	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych
CBOS	Centrum Badania Opinii Społecznej
CDC	ang. <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CI	przedział ufności, ang. <i>confidence interval</i>
CRAFFT	ang. <i>Car, Relax, Alone, Forget, Family/Friends, Trouble</i>
DAST	ang. <i>Drug Abuse Screening Test</i>
DPPZ	Dział Programów Polityki Zdrowotnej
EAR	ang. <i>European Addiction Research</i>
EFS POWER	Europejski Fundusz Społeczny, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój
ENSP	ang. <i>European Network for Smoking and Tobacco Prevention</i>
ENST	ang. <i>European Network for Smoking and Tobacco</i>
ES	ang. <i>effect size</i>
ESPAD	Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach, ang. <i>The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs</i>
FDA	Amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków, ang. <i>U.S. Food and Drug Administration</i>
GUS	Główny Urząd Statystyczny
ICD-10/ ICD-11	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ang. <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>
ICD-9	Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych
JST	jednostka samorządu terytorialnego
KCPU	Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom
MD	różnica średnich, ang. <i>Mean difference</i>
MPZ	Mapy Potrzeb Zdrowotnych
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NHS	ang. <i>National Health Service</i>
NIAAA	ang. <i>National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism</i>
NICE	ang. <i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
NIOSH	ang. <i>National Institute for Occupational Safety and Health</i>
NIZP - PZH	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny
NTZ	nikotynowa terapia zastępcza

OR	iloraz szans, ang. <i>odds ratio</i>
PARPA	Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
POChP	Przewlekła obturacyjna choroba płuc
PPE	Panel Polskich Ekspertów
PPZ	program polityki zdrowotnej
RACGP	ang. <i>The Royal Australian College of General Practitioners</i>
RCT	Randomizowane badanie kliniczno-kontrolne, ang. <i>randomized control trial</i>
RM	Rada Ministrów
RR	ryzyko względne, ang. <i>relative risk</i>
S2BI	ang. <i>Screening to Brief Intervention</i>
SASQ	ang. <i>Single Alcohol Screening Question</i>
SMD	standaryzowana różnica średnich, ang. <i>Standardized Mean Difference</i>
SRP	Sejm Rzeczypospolitej Polskiej
SSEW	Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Warszawie
TAPS	ang. <i>Tobacco, Alcohol, Prescription medication and other Substance use</i>
UNODC	ang. <i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
USAUDIT	ang. <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
USAUDIT-C	ang. <i>Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption</i>
USPSTF	ang. <i>US Preventive Services Task Force</i>
Ustawa	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.)
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia, ang. <i>World Health Organization</i>
WOTUiW	Wojewódzkie Ośrodki Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia
WZPE	Wielodyscyplinarny zespół polskich ekspertów

Spis treści

1. Problem decyzyjny	11
2. Uzasadnienie dla aktualizacji rekomendacji.....	12
2.1. Zmiany w stosunku do poprzedniej wersji raportu	12
2.2. Nowe informacje i zmiany względem aktualizowanego raportu	13
3. Problem zdrowotny	20
3.1. Opis jednostki chorobowej.....	20
3.2. Wskaźniki epidemiologiczne.....	21
3.3. Znaczenie dla zdrowia obywateli.....	30
4. Aktualne postępowanie w ocenianym zagadnieniu – wskazanie dostępnych technologii medycznych i stan ich finansowania	31
4.1. Wskazanie opcjonalnych technologii medycznych (zgodnie z art. 48aa ust. 7 pkt. 4).....	38
5. Rekomendacje kliniczne i finansowe – opis odnalezionych rekomendacji w ocenianym wskazaniu	39
6. Opinie ekspertów klinicznych	68
7. Analiza kliniczna	78
7.1. Metodologia wyszukiwania dowodów naukowych.....	78
7.2. Ocena jakości włączonych badań wtórnych	78
7.3. Wyniki analizy skuteczności i bezpieczeństwa	80
7.3.1. Charakterystyka i wyniki badań włączonych do analizy skuteczności	80
7.3.2. Charakterystyka i wyniki badań włączonych do analizy bezpieczeństwa	114
7.3.3. Przegląd analiz ekonomicznych	114
7.4. Ograniczenia analizy klinicznej.....	115
8. Warunki realizacji programów polityki zdrowotnej dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego.....	116
9. Monitorowanie oraz ewaluacja programów polityki zdrowotnej w danym problemie zdrowotnym	118
10. Analiza raportów końcowych.....	120
11. Podsumowanie wniosków z poprzedniej wersji raportu OT.423.6.2019	121
12. Piśmiennictwo.....	127
13. Załączniki.....	134

1. Problem decyzyjny

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

Zgodnie z art. 48aa Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, z własnej inicjatywy lub z inicjatywy Ministra właściwego do spraw zdrowia, dokonuje okresowej weryfikacji założeń zgromadzonych projektów PPZ i na podstawie wskazanej weryfikacji przygotowuje raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach PPZ oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Rada Przejrzystości na podstawie ww. raportu, wydaje opinię w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Następnie Prezes Agencji, biorąc pod uwagę opinię Rady Przejrzystości, wydaje rekomendację w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić Prezesowi Agencji opracowanie i wydanie rekomendacji, dotyczącej danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Zgodnie z art. 48aa ust. 8 rekomendacje, o których mowa powyżej, podlegają aktualizacji nie rzadziej niż co 5 lat.

Dnia 30 listopada 2020 r. Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydał Rekomendację nr 12/2020 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.

Niniejszy dokument stanowi aktualizację raportu OT.423.6.2019 w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach PPZ oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych, i został opracowany w celu przygotowania aktualizacji rekomendacji 12/2020 zgodnie z art. 48aa ust. 8. Ustawy.

Do dnia 29.08.2025 roku Agencja zgodnie z art. 48aa ust. 11 Ustawy o świadczeniach, otrzymała od jednostek samorządu terytorialnego 3 oświadczenia o przygotowaniu projektu programu polityki zdrowotnej zgodnie z rekomendacją nr 12/2020 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.

Agencja do dnia 29.08.2025 roku, zgodnie z trybem określonym w Ustawie o świadczeniach otrzymała od jednostek samorządu terytorialnego 3 raporty końcowe z realizacji programów polityki zdrowotnej dotyczących profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych. Rozdział 10 niniejszego opracowania zawiera analizę ww. raportów końcowych z realizacji PPZ.

2. Uzasadnienie dla aktualizacji rekomendacji

Rekomendacja Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 12/2020 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 została wydana 30 listopada 2020 r.

Zgodnie z art. 48aa ust. 8 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, rekomendacje Prezesa Agencji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów podlegają aktualizacji nie rzadziej niż co 5 lat.

2.1. Zmiany w stosunku do poprzedniej wersji raportu

Niniejsze opracowanie stanowi aktualizację raportu OT.423.6.2019 opracowanego w lipcu 2020 r.

Zmiany w poszczególnych rozdziałach opracowania, w stosunku do poprzedniej wersji, przedstawiono w tabeli poniżej (Tabela 2).

Tabela 2. Zmiany w poszczególnych rozdziałach opracowania, w stosunku do raportu OT.423.6.2019

Rozdział	Zmiana [dodane dokumenty źródłowe]
3. Problem zdrowotny	Opis problemu zdrowotnego pozostał bez zmian względem raportu OT.423.6.2019. Dodatkowo przedstawiono kody ICD-11 dla uzależnień od substancji psychoaktywnych. Stworzono nowy opis sytuacji epidemiologicznej pochodzące z badań ankietowych oraz raportów państwowych organizacji zajmujących się tematyką uzależnień [BASiW 2025, GUS 2024, ESPAD 2024, KCPU 2023].
4. Aktualne postępowanie w ocenianym zagadnieniu – wskazanie dostępnych technologii medycznych i stan ich finansowania	Sprawdzono aktualność przepisów dotyczących finansowania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w raporcie OT.423.6.2019 (Zal 1). Zaktualizowano informacje pochodzące z poszczególnych ustaw, które swoim zakresem obejmowały tematykę przeciwdziałania uzależnieniom, uwzględnione w raporcie OT.423.6.2019 (Zal 1). Uwzględniono nowe informacje odnoszące się do stanu realizacji programów polityki zdrowotnej/programów zdrowotnych oraz innych inicjatyw profilaktycznych [BASiW 2025, SRP 2025, SSEW 2025, SRP 2024, KCPU 2023, SRP 2023, PARPA 2022, RM 2021, MZ 2019, KCPU 2017].
5. Rekomendacja kliniczne i finansowe – opis odnalezionych rekomendacji w ocenianym wskazaniu	Zaktualizowano rekomendacje opisane w poprzedniej wersji raportu [KCPU 2025, ENSP 2025, NICE 2025, USPSTF 2021, AAFP 2023]. Opisano dodatkowe rekomendacje [PPE 2023, NIZP PZH BIP 2020].
6. Opinie ekspertów klinicznych	Uwzględniono nowe opinie ekspertów [Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego; Dyrektor Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom].
7. Analiza kliniczna	Przeprowadzono aktualizację wyszukiwania, w oparciu o strategię opracowaną na potrzeby raportu OT.423.6.2019 ukierunkowaną na profilaktykę uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych. Opisano nowe badania wtórne odnoszące się do skuteczności działań profilaktycznych ukierunkowanych na uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych [Alsahli 2025, Butler 2025, Lekamge 2025, Rifat 2025, Yimer 2024; Gardner 2024, O'Logbon 2024, Zhou 2023, Ma 2023, Schweer-Collins 2023, Champion 2022, Vaihekoski 2022, Wang 2022, Song 2021, Cho 2021, Yoog 2021, Vrijen 2021].
8. Warunki realizacji programów polityki zdrowotnej	Zaktualizowano opis warunków realizacji PPZ na podstawie otrzymanych opinii ekspertów, rekomendacji towarzystw naukowych oraz obowiązujących aktów prawnych. Uwzględniono również warunki realizacji zawarte w rekomendacji Prezesa AOTMiT nr 12/2020.

	W wyniku wyszukiwania nie odnaleziono zaleceń odnoszących się bezpośrednio do warunków realizacji interwencji nakierowanych na profilaktykę uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych.
9. Monitorowanie oraz ewaluacja programów polityki zdrowotnej	Zaktualizowano na podstawie otrzymanych opinii ekspertów. Uwzględniono zapisy zawarte w rekomendacji Prezesa AOTMiT nr 12/2020.
10. Analiza raportów końcowych z realizacji PPZ	Dodano nowy rozdział względem poprzedniego raportu, uwzględniający analizę raportów końcowych z realizacji PPZ dot. profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych.
11. Podsumowanie wniosków z poprzedniej wersji raportu OT.423.6.2019	Dodano nowy rozdział, uwzględniający zapisy wniosków z poprzedniej wersji raportu.
13. Piśmiennictwo	Uwzględniono wszystkie publikacje wykorzystywane podczas tworzenia dokumentu.
14. Załączniki	Przedstawiono zaktualizowaną strategię wyszukiwania oraz inne załączniki wykorzystywane podczas tworzenia dokumentu.

2.2. Nowe informacje i zmiany względem aktualizowanego raportu

Epidemiologia

Alkohol

- W roku 2021 najczęściej spożywanymi alkoholami w Polsce pozostają piwo oraz wódka, podczas gdy wino pozostaje rzadziej wybieranym alkoholem (63% Polaków nie spożywało go w ogóle w przeciągu miesiąca). W przypadku piwa najczęściej Polacy spożywają je od 2 do 3 razy w miesiącu (22%). Podobną sytuację można zaobserwować w przypadku wódki (25%) (KCPU 2023).
- W porównaniu do wcześniejszych lat (1992), w roku 2021 zdecydowanie wzrósł odsetek uczniów spożywających piwo (49% vs. 66%) oraz wódkę (28% vs. 62%). Pomimo, że wino pozostaje rzadziej wybieranym alkoholem, odsetek spożywania go wśród uczniów również wzrósł (z poziomu 28% w 1992, do 37% w 2021) (KCPU 2023).
- 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) (KCPU 2023).
- W roku 2024, 72,9% nastolatków między 15 a 16 r.ż. stwierdziło, że kiedykolwiek piło alkohol. W przypadku starszej kohorty (między 17 a 18 r.ż.), 91,3% uczniów potwierdziło spożycie alkoholu na przestrzeni swojego życia. 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%) (ESPAD 2024).

Substancje psychoaktywne

- W porównaniu do roku 1992, odsetek osób przyznających się do zażywania narkotyków wzrósł o 8% (z 5% w 1992 do, 13% w roku 2021). Obecnie, począwszy od roku 2013, obserwowany jest stopniowy spadek tego odsetka (ESPAD 2024).
- W roku 2021 z powodu nadużywania narkotyków zmarło w sumie 289 osób. W przeliczeniu, wskaźnik umieralności wyniósł ok. 6,1/1 mln obywateli (KCPU 2023).
- Zgodnie z wynikami badań ankietowych 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. Drugą w kolejności używką natomiast, pozostają leki uspokajające i nasenne bez recepty (17,9% oraz 20,7%) (ESPAD 2024).

Palenie tytoniu

- W roku 2024, 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 (ESPAD 2024).

- 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 przeciągu 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%) (ESPAD 2024).
- W roku 2024, 56,7% nastolatków między 15 a 16 r.ż. potwierdziło, że korzystało z e-papierosów na przestrzeni swojego życia. W przypadku starszej kohorty (między 17 a 18 r.ż.), odsetek uczniów którzy kiedykolwiek korzystali z tego typu systemów podarży nikotyny, zdecydowanie wzrasta do poziomu 69,5% (ESPAD 2024).
- Zgodnie z danymi BASiW ze świadczeń z zakresu leczenia uzależnień od tytoniu w roku 2023 skorzystało jedynie 125 pacjentów. Pacjenci ci w omawianym roku skorzystali z 2 138 porad (BASiW 2024).

Aktualne postępowanie

- W ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dostępne są interwencje mające na celu profilaktykę, leczenie oraz rehabilitację osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Interwencje te dostępne są 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 ukierunkowanych na zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu w populacji. Dostęp do niego mają osoby >18 r.ż. palące tytoń lub używające nowatorskich wyrobów tytoniowych lub papierosów elektronicznych.
- Odnaleziono informacje wskazujące, że Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) w roku 2022 przestała istnieć. Jej zadania przejęło obecnie funkcjonujące Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (PARPA 2022).
- Informacje nt. dostępnego w Polsce wsparcia telefonicznego dla osób uzależnionych i ich rodzin pozostają aktualne. Inicjatywy „Pomarańczowa Linia” oraz Telefon Zaufania „Narkotyki-Narkomania”, w dalszym ciągu funkcjonują i podlegają pod Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU 2023, KCPU 2017).
- W Polsce w latach 2019-2023 realizowany był „Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych”. Nie odnaleziono żadnych informacji sugerujących dalszą realizację omawianej inicjatywy (MZ 2019).
- 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 (SSEW 2025).
- 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 w omawianym roczniku 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).

Opinie ekspertów krajowych

W toku prac analitycznych otrzymano 2 opinie od ekspertów w sprawie zasadności kontynuacji prowadzenia programów polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych.

Zasadność wprowadzenia zmian w aktualnie rekomendowanych działaniach prowadzonych w PPZ z zakresu profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych

- Eksperci zgadzają się co do zasadności aktualizacji rekomendacji. Eksperci wskazują na potrzebę aktualizacji w opracowaniu wytycznych krajowych i międzynarodowych oraz aktualizacji opisu aktualnego

postępowania w kraju wskazując, że zadania gmin z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom są prowadzone w postaci uchwalonego przez radę gminy gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, który stanowi część strategii rozwiązywania problemów społecznych i który uwzględnia cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, określone w Narodowym Programie Zdrowia. [Załącznik 2-3].

Docelowe interwencje w ramach programów polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych

- Eksperci wskazują na zasadność powiązania rekomendacji Prezesa AOTMiT z rekomendowanymi programami profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży znajdującymi się w bazie programów rekomendowanych prowadzonej przez KCPU (<https://programyrekomendowane.pl/>) [Załącznik 2-3].
- Jeden z ekspertów wskazał następujące interwencje:
 - badania przesiewowe z wykorzystaniem narzędzi takich jak: skala Heaviness of Smoking Index (HSI), skala przesiewowa CAGE (ang. *Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener*) dla problemów z nadużywaniem alkoholu, skala picia problemowego (SPP), test Problemowego Używania Narkotyków (PUM) oraz Problemowego Używania Marihuany (PUM);
 - działania terapeutyczne w ramach programu lub przekierowanie do istniejącego systemu leczenia, w zamian dotychczas rekomendowanej krótkiej interwencji profilaktycznej;
 - szkolenia dla personelu medycznego placówek podstawowej opieki zdrowotnej m.in. z krótkiej interwencji profilaktycznej [Załącznik 2].

Populacja docelowa

- Eksperci w swych opiniach nie zgłaszali uwag co do dotychczasowej populacji docelowej rekomendowanych działań przy czym:
 - jeden z ekspertów wskazał, że obecnie nie dysponujemy narzędziami do przesiewu i diagnostyki młodszych dzieci (do 10 lat) w zakresie używania substancji psychoaktywnych, a przypadki używania w/w substancji w tej grupie wiekowej są sporadyczne [Załącznik 2];
 - drugi z ekspertów wskazał na zasadność prowadzenia programu również w grupie rodziców dzieci i młodzieży, w której występują nasilone czynniki ryzyka używania substancji psychoaktywnych i problemowego wzorca korzystania z nowych technologii [Załącznik 3].

Zakres działań informacyjno-edukacyjnych

- Eksperci wskazują, że szczególnie istotne jest prowadzenie działań edukacyjnych opartych na strategiach profilaktycznych bazujących na dowodach naukowych [Załącznik 2].
- Docelowy zakres tematyczny działań edukacyjnych powinien obejmować:
 - programy szkolące umiejętności psychospołeczne zgodnie ze współczesną wiedzą, z wykorzystaniem programów z bazy programów rekomendowanych – dzieci i młodzież,
 - programy podnoszące umiejętności wychowawcze rodziców – rodzice,
 - programy szkolące umiejętności psychospołeczne, wzmacniające czynniki chroniące, krótkie interwencje, zgodnie z wynikami badań naukowych – młodzi dorośli do 25 r.ż.,
 - prowadzenie przez przeszkolony personel medyczny POZ testów screeningowych ukierunkowanych na wczesne wykrywanie osób z problemowym wzorem używania alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych oraz wdrożenie krótkiej interwencji adresowanej do tej populacji – personel medyczny,
 - prowadzenie edukacji na temat ryzyk związanych z piciem alkoholu w okresie ciąży i poprzedzającym ciążę, ryzyka związane FAS/FASD – lekarze ginekolodzy, położne,
 - edukacja w zakresie ryzyk związanych z piciem alkoholu i używaniem innych substancji psychoaktywnych w okresie ciąży o poprzedzającym ciążę, ryzyka związane z FAS/FASD – kobiety w wieku prokreacyjnym [Załącznik 3].

Wytyczne towarzystw naukowych

W ramach wyszukiwania odnaleziono 2 nowe wytyczne oraz 5 aktualizacji rekomendacji towarzystw naukowych odnoszących się do kwestii profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych.

Zgodnie z zapisami rekomendacji programy profilaktyczne dotyczące uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych powinny spełniać standardy profilaktyki opartej na naukowych podstawach i wykorzystywać przede wszystkim wiodące strategie profilaktyczne (ENST 2025, NICE 2025, KCPU 2025, NIZP PZH PIB 2020). Ponadto odnalezione rekomendacje wskazują, że:

- Zaleca się koordynowanie strategii komunikacyjnych w celu dostarczania wsparcia w zakresie rzucania palenia, telefonicznych linii rzucania palenia, interwencji w szkołach, zmian w polityce kontroli tytoniu i wszelkich innych działań mających na celu pomoc w zaprzestaniu palenia (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).
- Konsultacje specjalistyczne są efektywną opcją zapobiegania uzależnieniom od tytoniu w populacji nastolatków (ENST 2025).

Nie rekomenduje się do 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).

Edukacja

Odnalezione rekomendacje są zgodne w zakresie zasadności prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych nacełowanych na szkodliwość spożywania alkoholu i palenia tytoniu 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).

Zgodnie z wytycznymi ENST 2025, edukacja w zakresie porzucenia palenia tytoniu powinna uwzględniać informacje nt.:

- choroby jaką jest zależność od tytoniu;
- powodów dla którego pacjenci odczuwają potrzebę palenia;
- konsekwencji zdrowotnych palenia;
- korzyści wynikających z porzucenia palenia tytoniu;
- metod zarządzania i zapobiegania przewlekłej zależności od tytoniu;
- narzędzi pomocy dostępnych dla palaczy (ENST 2025).

Diagnostyka i monitorowanie uzależnień

- Zgodnie z wytycznymi ENST zaleca się dokładne oszacowanie motywacji palacza do podjęcia wysiłków w rzucaniu palenia tytoniu. Dokonywać tego powinien każdy lekarz. Samą motywację z kolei można zweryfikować w oparciu o bezpośrednie pytanie bądź też zastosowanie określonych skal i modeli zmiany behawioralnej (np. ang. *Transtheoretical Model of Behaviour Change* czy też ang. *Motivation to Stop Smoking Scale*) (ENST 2025).
- AAFP w swojej rekomendacji wskazuje szereg zalecanych kwestionariuszy przesiewowych w kierunku używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych takich jak: TAPS, SASQ, DAST, CRAFFT, S2BI, USAUDIT, USAUDIT-C (AAFP 2023).
- Odnalezione rekomendacje są zgodne w zakresie potrzeby monitorowania i ewaluacji deklarowanej przez pacjenta abstynencji od palenia z wykorzystaniem badania tlenu 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 antynikotynowych (3-5 minut), świadczonych przez lekarzy lub innych specjalistów w zakresie zdrowia, jest zadawalająca i pozwala zwiększyć odsetek pacjentów uzyskujących długoterminową abstynencję (ENST 2025). Interwencje te mogą być stosowane przy pomocy schematów „5 R” oraz „5 A” (ENST 2025, AAFP 2023).

Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi wsparcie behawioralne w zakresie porzucenia palenia tytoniu powinna uwzględniać:

- identyfikację behawioralnych przyczyn palenia oraz długookresowych i natychmiastowych czynników stymulujących;
- zwiększenie motywacji pacjenta do porzucenia palenia i zmniejszenie odczuwanego strachu w związku z zakończeniem palenia;
- sposoby radzenia sobie z emocjami (ENST 2025).

Zawartość merytoryczna powinna zawierać natomiast takie zagadnienia jak:

- mechanizm uzależnienia i działanie nikotyny;
- powody palenia;
- czynniki wywołujące chęć zapalenia/wapowania;
- obalanie mitów na temat palenia, konsekwencje palenia i korzyści z zaprzestania (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, umiejętności interpersonalne (NIZP PZH PIB 2020).

Ponadto NICE podkreśla, że w ramach programu nauczania dotyczącego nadużywania tytoniu, alkoholu i narkotyków 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).

Interwencje dla rodziców

Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi, rekomenduje się realizację programów profilaktycznych dla rodziców i aktywną współpracę z nimi w obszarze profilaktyki (KCPU 2025, NICE 2025). Ponadto rekomendacje wskazują, że wdrożenie poradnictwa antynikotynowego w połączeniu ze świadczeniami z zakresu pediatrii 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 nawiązywania bliskich kontaktów z rówieśnikami, pomocy w rozwiązywaniu problemów w nauce i funkcjonowaniu w szkole;
- uczenie skutecznych metod stawiania granic, rozwiązywania konfliktów, motywowania do wypełniania przez dziecko różnych obowiązków, bez stosowania kar cielesnych i przemocy;
- uczenie rozmawiania 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).

Szkolenia dla personelu medycznego

Odnalezione rekomendacje wskazują, by pracownicy systemu opieki zdrowotnej regularnie uczestniczyli 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 porzucenie palenia tytoniu. Docelowo powinni oni być gotowi do wspierania pacjenta w dążeniu do abstynencji, poprzez chociażby poinformowanie go o dostępnym leczeniu farmakologicznym (ENST 2025).

Dowody naukowe

Do niniejszego opracowania włączono łącznie 17 publikacji naukowych odnoszących się do skuteczności działań profilaktycznych ukierunkowanych na uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych. W ramach zebranych dowodów znalazło się: 8 publikacji dotyczących skuteczności interwencji edukacyjno/behawioralnych; 5 publikacji określających wpływ prowadzenia programów profilaktycznych oraz 4 publikacje opisujące czynniki ryzyka rozwoju uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Poniżej przedstawiono najważniejsze wyniki z odnalezionych badań dotyczących skuteczności profilaktyki raka płuca.

Interwencje edukacyjno/behawioralne:

- Interwencje skoncentrowane na zmniejszeniu częstości przyjmowania nikotyny lub korzystania z e-papierosów nie miały istotnego statystycznie wpływu na prawdopodobieństwo zaprzestania korzystania z e-papierosów po ≥ 6 miesiącach (Butler 2025).
- Interwencje wykorzystujące wiadomości tekstowe, determinowały istotny statystycznie wzrost prawdopodobieństwa zaprzestania korzystania z e-papierosów po ≥ 6 miesiącach, o 32% – RR=1,32 [95%CI: (1,19; 1,47)] (Butler 2025).
- Szkolne interwencje mogą istotnie statystycznie, pozytywnie wpłynąć na poziom wiedzy młodzieży nt. e-papierosów – SMD=-0,38 [95%CI: (-0,68; -0,08)]. Dodatkowo mogą one także istotnie statystycznie pozytywnie wpłynąć na rezygnację z zamiaru korzystania z e-papierosów oraz na ryzykowne nastawienia względem tego typu używek (Gardner 2024).
- Interwencje nacelowane na profilaktykę nadużywania substancji psychoaktywnych, wykorzystujące technologie cyfrowe mogą mieć istotny statystycznie pozytywny 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 antyużywkowa prowadzona przez specjalistę behawioralnego w ogólnych placówkach opieki zdrowotnej istotnie statystycznie ogranicza konsekwencje używania narkotyków wśród młodych dorosłych w 3 miesięcznym okresie obserwacji (Schweer-Collins 2023).

Programy profilaktyczne:

- Zorganizowane szkolne programy 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)]. Dotyczy to także perspektywy >1 roku, obniżając prawdopodobieństwo inicjacji palenia tytoniu o 15% – $RR=0,85$ [95%CI: (0,76; 0,95)] (Rifat 2025).

- Interwencje w szkole mają wpływ na postawy nastolatków wobec palenia i zapobiegają rozpoczęciu przez nich palenia, gdy są prowadzone przed wiekiem dojrzwania. 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 (Cho 2021).

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).
- Znęcanie się przez dzieci i młodzież nad rówieśnikami, 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).
- Korzystanie kiedykolwiek przez dzieci i młodzież z e-papierosów prowadzi do istotnego statystycznie podwyższenia prawdopodobieństwa zarówno palenia papierosów kiedykolwiek na przestrzeni życia, jak i obecnego palenia papierosów – odpowiednio $RR=3,01$ oraz $RR=2,56$ (Yoong 2021).

Bezpieczeństwo

- W wyniku prac analitycznych nie odnaleziono wtórnych doniesień naukowych oraz rekomendacji klinicznych, które odnosiły się do potencjalnych działań/zdarzeń niepożądanych związanych z realizacją działań nakierowanych na profilaktykę uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych.

Przegląd analiz ekonomicznych

- W wyniku prac analitycznych nie odnaleziono analiz ekonomicznych, które odnosiły się do kosztów i efektywności ekonomicznej realizacji działań nakierowanych na profilaktykę uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych.

3. Problem zdrowotny

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

3.1. Opis jednostki chorobowej

Jedenasta rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) obowiązuje jako klasyfikacja międzynarodowa od dnia 1.01.2022 r. Polskę, podobnie jak inne kraje, obowiązuje około pięcioletni okres na wdrożenie aktualizacji klasyfikacji i dostosowanie jej do systemu krajowego. W związku z powyższym trwają prace nad tłumaczeniem, przystosowaniem systemów opieki zdrowotnej umożliwiające sprawozdawczość zgodnie z ICD-11 oraz szkoleniem przyszłych użytkowników¹.

Zgodnie z polską wersją językową ICD-11² uzależniania 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 przeciwlękowych;
- 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;

¹ 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: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wdrozenia-icd-11>, dostęp z 15.09.2025

² Rejestr Systemów Kodowania (2025). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD-11 – polska wersja językowa. Pozyskano z: <https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd11/99ICD1/2023-01/mms/details>, dostęp z 15.09.2025

- 6A41 Katatonია wywołana przez substancje lub leki;
- 6C4Y Inne określone zaburzenia spowodowane używaniem substancji;
- 6C4Z Zaburzenia spowodowane używaniem substancji, nieokreślone.

Pozostałe przedstawione w raporcie OT.423.6.2019 (Za1 1) informacje dotyczące uzależnienia od substancji psychoaktywnych pozostają aktualne.

3.2. Wskaźniki epidemiologiczne

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

W ramach Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, nie odnaleziono żadnych informacji odnoszących się do rozpowszechnienia uzależnień od substancji psychoaktywnych w Polsce³.

W Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW) odnaleziono informacje odnoszące się do liczby pacjentów oraz zrealizowanych porad związanych z leczeniem uzależnień. W Polsce w roku 2024 zrealizowano łącznie 2,95 mln porad ukierunkowanych na leczenie uzależnień. Najwięcej porad z tego zakresu zrealizowano w województwie mazowieckim (598,63 tys.) a najmniej w województwie opolskim (75,7 tys.). W odniesieniu natomiast do liczby pacjentów, największą ich liczbę stwierdzono ponownie w województwie mazowieckim (34,77 tys.), a najmniejszą w opolskim (7,41 tys.). Na terenie całego kraju w omawianym okresie, z problemem uzależnień zmagало się ponad 273 tys. osób. W przypadku populacji dzieci i młodzieży, BASiW nie zawiera danych odnoszących się do tej kwestii (Tabela 3)⁴.

Tabela 3. Liczba pacjentów oraz porad specjalistycznych w ramach leczenia uzależnień w roku 2024

Województwo	Liczba pacjentów (tys.)	Liczba porad (tys.)
Mazowieckie	41,42	598,63
Śląskie	34,77	348,83
Małopolskie	17,39	190,64
Wielkopolskie	31,29	299,6
Lubelskie	15,94	123,63
Łódzkie	16,23	158,12
Podkarpackie	13,96	141,41
Pomorskie	17,77	206,07
Kujawsko-pomorskie	12,75	118,93
Dolnośląskie	19,87	215,31
Świętokrzyskie	10,33	79,75
Warmińsko-mazurskie	11,29	84,06
Podlaskie	9,85	84,03
Zachodniopomorskie	11,11	102,16
Opolskie	7,41	75,7
Lubuskie	10,3	123,02
Polska	273,33	2,95 mln

Źródło: opracowanie własne na podstawie BASiW 2025

W ramach danych Głównego Urzędu Statystycznego, zaprezentowano dane odnoszące się do rozpowszechnienia problemu uzależnień od poszczególnych używek w latach 2021-2022. Zgodnie z zaprezentowanymi poniżej danymi, liczba osób leczonych w 2022 z powodu używania alkoholu, substancji psychoaktywnych oraz tytoniu wzrosła w stosunku do roku 2021. W przypadku używania alkoholu, leczonych

³ Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (2024). Mapy potrzeb zdrowotnych. Mapa potrzeb na lata 2022-2026. Pozyskano z: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/>, dostęp z 10.09.2025

⁴ Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (2025). Mapy potrzeb zdrowotnych – Analizy: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Pozyskano z: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzalezniow/>, dostęp z 11.09.2025

było ponad 152 tys. osób, z czego ok. 130 tys. z powodu zespołów uzależnień od tej używki. 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. (Tabela 4)⁵.

Tabela 4. Liczba pacjentów leczonych z powodu zaburzeń wynikających z użytkowania alkoholu, substancji psychoaktywnych oraz tytoniu, z uwzględnieniem podtypu zaburzenia, w roku 2021 i 2022

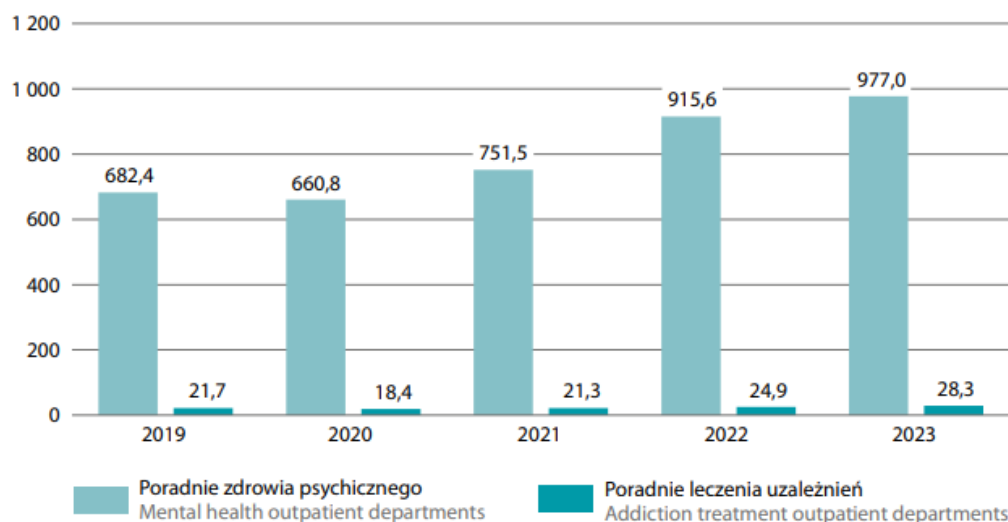
Wyszczególnienie	2021	2022		
	Liczba leczonych osób	Odsetek ogółu leczonych pacjentów (%)	Odsetek leczonych w ramach wyszczególnienia (%)	
Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu				
ogółem	150 904	152 481	7,8	100
zespół uzależnienia	129 360	130 050	6,7	85,3
ostre zatrucia i używanie szkodliwe	14 411	14 961	0,8	9,8
Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych				
ogółem	53 582	58 384	3,0	100,0
zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny	41 886	45 389	2,3	77,7
ostre zatrucia i używanie szkodliwe	7 749	7 976	0,4	13,7
zaburzenia psychiatryczne	1 867	1 417	0,1	2,4
Używanie tytoniu				
ogółem	1 258	1 510	0,1%	100%

Źródło: GUS 2024

W ramach danych GUS odniesiono się także do kwestii liczby porad udzielonych osobom do 18 r.ż. w poradniach zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień na przestrzeni lat 2019-2023. Zgodnie z zaprezentowanym wykresem, 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.). Począwszy od roku 2021 utrzymuje się trend wzrostowy jeśli chodzi o ich liczbę (Rycina 1)⁶.

⁵ Główny Urząd Statystyczny (2024). Zdrowie i ochrona zdrowia w 2023 roku. Pozyskano z: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2023-roku,1,14.html>, dostęp z 11.09.2025

⁶ Ibidem.



Rycina 1. Liczba porad udzielonych pacjentom w wieku do 18 r.ż., w poradniach zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień, w latach 2019-2023

Źródło: GUS 2024

Problem nadmiernego spożywania alkoholu

W trakcie prac analitycznych odnaleziono także raport Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU), w ramach którego zaprezentowano rozmiar problemu zdrowotnego jakim są uzależnienia w polskiej populacji w roku 2023. We współpracy z Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS), KCPU przeprowadziło badania ankietowe ukierunkowane na określenie częstotliwości spożycia poszczególnych typów napojów alkoholowych. Biorąc pod uwagę dane z poszczególnych roczników można zauważyć, że w przypadku wszystkich typów napojów alkoholowych, liczba osób nie pijących, ani razu na przestrzeni miesiąca, spadła. W efekcie udział poszczególnych odpowiedzi sugerujących picie raz w tygodniu lub częściej wzrósł. Biorąc pod uwagę dane z roku 2021, najczęściej spożywanymi alkoholami w Polsce pozostają piwo oraz wódka, podczas gdy wino pozostaje rzadziej wybieranym alkoholem (63% Polaków nie spożywało go w ogóle w przeciągu miesiąca). W przypadku piwa najczęściej Polacy spożywają je od 2 do 3 razy w miesiącu (22%). Podobną sytuację można zaobserwować w przypadku wódki (25%). Zgodnie z wynikami omawianego badania, piwo jest jednym z częściej spożywanych alkoholi. Do spożywania go co najmniej 6 razy w miesiącu przyznaje się niemal 20% populacji. Dodatkowo, cechuje się ono najmniejszym odsetkiem osób, które w ostatnim miesiącu nie spożywały tego napoju (Tabela 5)⁷

Tabela 5. Wyniki badania Ankietowego CBOS i KCPU, w zakresie częstotliwości spożycia poszczególnych napojów alkoholowych przez Polaków, na przestrzeni lat 1992-2021

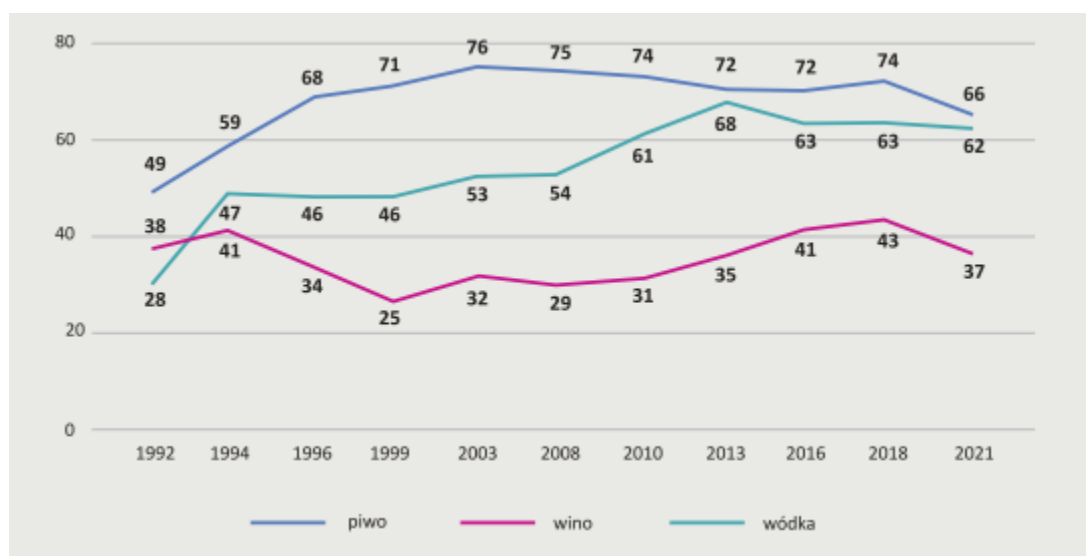
Częstość picia alkoholu w ciągu miesiąca	1992	1994	1996	1999	2003	2008	2010	2013	2016	2018	2021
Odsetek odpowiedzi (%)											
Piwo											
Ani razu	47	40	31	25	15	22	24	27	28	23	34
1 raz	8	10	11	13	10	10	9	10	13	11	13
2-3 razy	11	18	18	22	22	23	21	23	23	23	22
4-5 razy	7	10	14	14	15	14	15	16	14	15	12
6 razy i więcej	10	18	23	20	24	25	26	22	21	22	19
Tak, bez podania liczby	13	3	2	2	5	3	3	1	0	0	0
Wino											
Ani razu	59	59	67	75	44	67	67	65	59	53	63
1 raz	16	17	14	12	12	13	15	17	17	18	15

⁷ Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (2023). Raport 2023: Uzależnienia w Polsce. Pozyskano z: <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/03/Raport-2023-wersja-Internetowa.pdf>, dostęp z 11.09.2025

2-3 razy	11	15	13	7	10	10	11	12	16	17	15
4-5 razy	3	4	3	3	4	3	3	4	5	5	4
6 razy i więcej	2	4	3	2	4	2	2	2	3	3	3
Tak, bez podania liczby	6	1	1	1	2	1	0	0	0	0	0
Wódka											
Ani razu	69	53	53	54	29	42	37	33	37	37	39
1 raz	10	18	17	17	17	19	20	21	20	20	17
2-3 razy	7	15	16	16	21	20	22	27	26	23	25
4-5 razy	3	7	6	5	7	8	10	12	10	10	11
6 razy i więcej	2	5	6	5	6	6	7	7	7	8	9
Tak, bez podania liczby	6	2	1	3	2	1	2	1	0	0	0

Źródło: KCPU 2023

KCPU również odniosło się do trendów spożycia poszczególnych typów alkoholu w populacji uczniów. Na przestrzeni lat 1992-2021, można zauważyć dużą dynamikę w odsetkach uczniów spożywających poszczególne napoje alkoholowe. Należy przy tym podkreślić, że w porównaniu do wcześniejszych lat (1992), w roku 2021 zdecydowanie wzrósł odsetek uczniów spożywających piwo (49% vs. 66%) oraz wódkę (28% vs. 62%). Pomimo, że wino pozostaje rzadziej wybieranym alkoholem, odsetek spożywania go wśród uczniów również wzrósł (z poziomu 28% w 1992, do 37% w 2021) (Rycina 2)⁸.



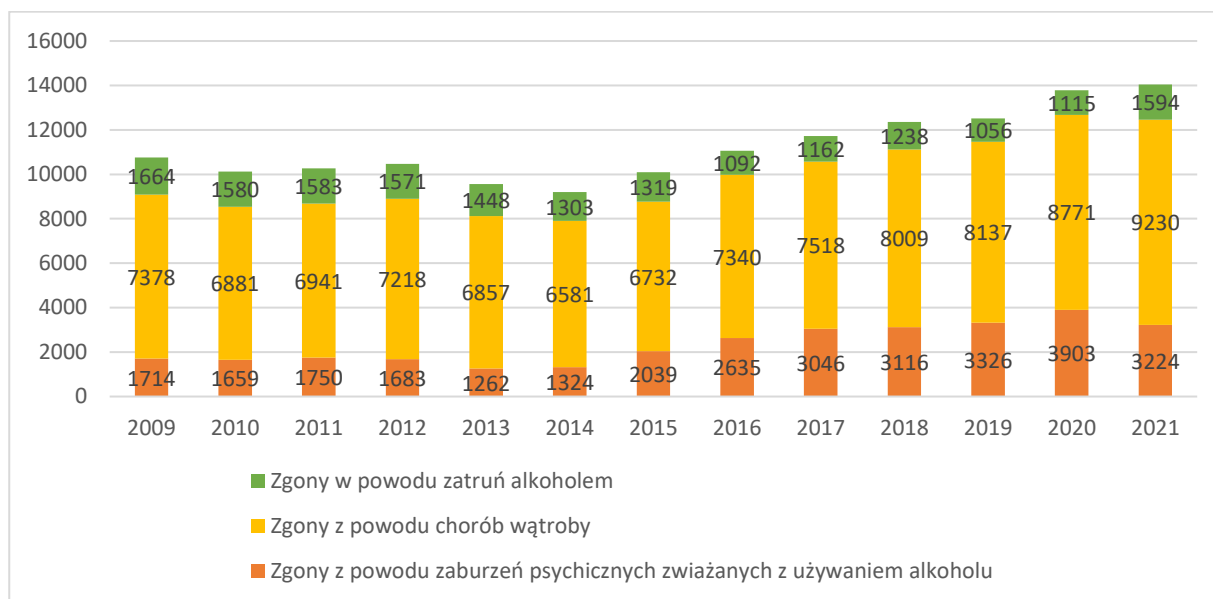
Rycina 2. Odsetek uczniów spożywających poszczególne typy napojów alkoholowych na przestrzeni lat 1992-2021

Źródło: KCPU 2023

Zgodnie z danymi KCPU, 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). Pozostałymi przyczynami zgonu były zaburzenia psychiczne oraz zatrucia wynikające z nadużywania tej substancji – odpowiednio 3 224 oraz 1 594 zgonów. Istotnym pozostaje także fakt, że począwszy od roku 2014, obserwowany jest stały wzrost liczby zgonów, u podstawy których leżał alkohol (Rycina 3)⁹.

⁸ Ibidem.

⁹ Ibidem.



Rycina 3. Liczba zgonów spowodowanych nadużywaniem alkoholu z wyszczególnieniem przyczyny, w latach 2009-2021

Źródło: KCPU 2023

W ramach badania ESPAD 2024 zaprezentowano dane nt. rozpowszechnienia picia alkoholu wśród młodzieży szkolnej. W roku 2024, 72,9% nastolatków między 15 a 16 r.ż. stwierdziło że kiedykolwiek piło alkohol. W przypadku starszej kohorty (między 17 a 18 r.ż.), 91,3% uczniów potwierdziło spożycie alkoholu na przestrzeni swojego życia. Warto zauważyć także, że 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%) (Tabela 6)¹⁰.

Tabela 6. Odsetek uczniów przyznających się do spożycia alkoholu w różnych momentach życia, w latach 2003-2024

Grupa wiekowa	Odpowiedź	2003	2007	2011	2015	2019	2024
		Odsetek odpowiedzi (%)					
Młodzież między 15 a 16 r.ż.	Kiedykolwiek w życiu	92,5	90,2	87,3	83,8	80	72,9
	W czasie ostatnich 12 miesięcy	84,9	78,9	78,3	71,7	67,9	59,7
	W czasie ostatnich 30 dni	65,8	73,3	57,6	48,6	46,7	39,1
Młodzież między 17 a 18 r.ż.	Kiedykolwiek w życiu	96,7	94,8	95,2	95,8	92,8	91,3
	W czasie ostatnich 12 miesięcy	93,4	92,0	91,6	92,7	89,0	86,3
	W czasie ostatnich 30 dni	78,9	79,5	80,4	82,3	76,1	73,3

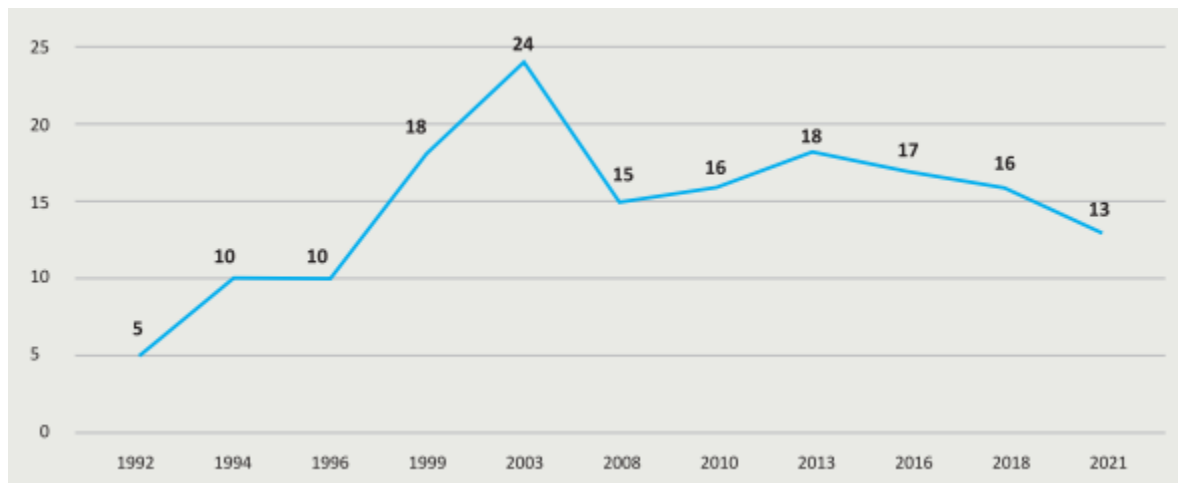
Źródło: ESPAD 2024

Problem stosowania narkotyków i innych substancji psychoaktywnych

W odniesieniu natomiast do kwestii korzystania z narkotyków oraz innych substancji psychoaktywnych, KCPU prezentuje dane odnoszące się do korzystania z nich na przestrzeni lat 1992-2021. Zgodnie z przedstawionymi informacjami, w porównaniu do roku 1992, odsetek osób przyznających się do zażywania narkotyków wzrósł o 8% (z 5% w 1992 do, 13% w roku 2021). Obecnie, począwszy od roku 2013, obserwowany jest stopniowy

¹⁰ Europejski Program Badań Ankiетowych w Szkołach (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną- raport z ogólnopolskich badań ankiетowych zrealizowanych w 2024. Pozyskano z: <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2025/03/Raport-ESPAD-2024-POLSKA.pdf>, dostęp z 12.09.2025

spadek tego odsetka (Rycina 4). Dodatkowo KCPU prezentuje także informacje odnoszące się do korzystania z używki w postaci marihuany lub haszyszu przez uczniów między 17 a 18 r.ż. Biorąc pod uwagę najnowsze dane z tego zakresu, pochodzące z 2021, 36,2% uczniów między 17 a 18 r.ż. korzystało na przestrzeni swojego życia z tego typu narkotyków. 19,4% przyznało się także do ich użytkowania w przeciągu ostatnich 12 miesięcy, a 9,8% w przeciągu ostatnich 30 dni. Istotnym pozostaje także fakt, że 63% uczniów utrzymało abstynencję od tych używek. W zestawieniu z poprzednimi latami, odsetki te są do siebie zbliżone (Tabela 7)¹¹.



Rycina 4. Odsetek osób korzystających z narkotyków w przeciągu ostatniego roku, w latach 1992-2021

Źródło: KCPU 2023

Tabela 7. Odsetek uczniów między 17 a 18 r.ż., korzystających z marihuany lub haszyszu, w latach 2008-2021

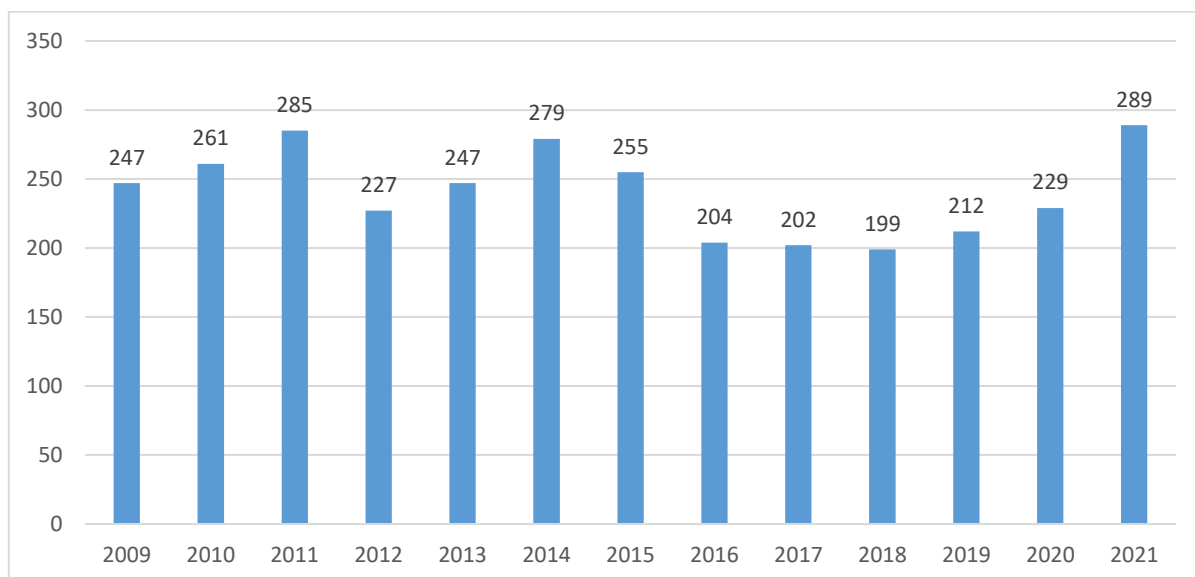
Odpowiedzi uczniów	2008	2010	2013	2016	2018	2021
	Odsetek uczniów udzielających daną odpowiedź (%)					
Tak, kiedykolwiek w życiu	30,5	35,7	40,2	42,0	37,5	36,2
Tak w ciągu ostatnich 12 miesięcy	16,4	18,0	23,0	21,0	20,2	19,4
Tak, w ciągu ostatnich 30 dni	7,3	7,7	9,0	9,9	9,3	9,8
Nie, nigdy	69,1	63,0	59,3	57,2	61,1	63,0

Źródło: KCPU 2023

Zgodnie z danymi KCPU, w roku 2021 z powodu nadużywania narkotyków zmarło ogółem 289 osób. Okres od 2009 do 2021 roku, cechuje się dużą dynamiką w zakresie liczby zgonów z powodu zażywania omawianej używki. Najniższą liczbę zgonów stwierdzono w roku 2018 w liczbie 199. Począwszy od 2018 roku ich liczba stopniowo wzrasta osiągając najwyższą jak dotąd wartość w roku 2021. W przeliczeniu, wskaźnik umieralności dla Polski w roku 2021 wyniósł ok. 6,1/1 mln obywateli (Rycina 5)¹².

¹¹ Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (2023). Raport 2023: Uzależnienia w Polsce. Pozyskano z: <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/03/Raport-2023-wersja-Internetowa.pdf>, dostęp z 11.09.2025

¹² Ibidem.



Rycina 5. Liczba zgonów, u podstawy których leżało zażywanie narkotyków, w latach 2009-2021

Źródło: KCPU 2023

W ramach badania ESPAD 2024 uwzględniono także dane nt. rozpowszechnienia korzystania z poszczególnych narkotyków i substancji psychoaktywnych przez młodzież w wieku szkolnym. Biorąc pod uwagę zawarte dane dla 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. Drugą w kolejności używką pozostają leki uspokajające i nasenne bez recepty (17,9% oraz 20,7%). Najrzadziej stosowanymi używkami pozostają natomiast GHB (15 -16 r.ż. – 1,8%; 17-18 r.ż. – 1,5%). W przypadku pozostałych substancji i narkotyków, odsetki uczniów z nich korzystających pozostają stosunkowo niewielkie (Tabela 8)¹³.

Tabela 8. Odsetek uczniów przyznających się do użytkowania poszczególnych narkotyków i substancji psychoaktywnych, w latach 2015-2024

Grupa wiekowa	Typ używki	2015	2019	2024
		Odsetek odpowiedzi (%)		
Młodzież między 15 a 16 r.ż.	Marihuana lub haszysz	25,0	21,4	16,9
	Substancje wziewne	11,2	8,6	6,7
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	17,0	15,1	17,9
	Leki przeciwbólowe w celu odurzenia	7,4	6,6	9,9
	Amfetamina	45,3	4,2	4,2
	Metamfetamina	3,6	3,0	4,0
	LSD lub inne halucynogeny	5,5	3,2	4,0
	Crack	2,6	1,4	2,7
	Kokaina	4,4	2,9	3,7
	Relevin	2,1	1,3	1,7
	Heroina	3,1	1,9	2,7
	Ecstasy	3,9	3,3	3,8
	Grzyby halucynogenne	3,3	2,3	3,6
	GHB	2,1	1,4	1,8
	Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	3,0	2,1	3,4
	Alkohol razem z tabletkami	5,7	5,3	7,5

¹³ Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną- raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2024. Pozyskano z: <https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2025/03/Raport-ESPAD-2024-POLSKA.pdf>, dostęp z 12.09.2025

	Alkohol razem z marihuaną	-	12,1	9,1
	Sterydy anaboliczne	3,1	2,6	4,2
	Polska heroina (kompot)	3,4	-	-
Młodzież między 17 a 18 r.ż.	Marihuana lub haszysz	43,0	37,2	33,1
	Substancje wziewne	7,6	6,9	6,3
	Leki uspokajające i nasenne bez przepisu lekarza	17,9	18,3	20,7
	Leki przeciwbólowe w celu odurzenia	6,7	5,9	8,6
	Amfetamina	7,1	4,7	4,5
	Metamfetamina	3,9	2,9	4,5
	LSD lub inne halucynogeny	5,2	4,2	4,0
	Crack	1,5	1,1	2,0
	Kokaina	4,3	3,1	3,1
	Relevin	1,2	0,9	1,6
	Heroina	1,8	1,5	1,9
	Ecstasy	4,0	5,1	4,0
	Grzyby halucynogenne	3,2	2,2	4,0
	GHB	1,1	1,1	1,5
	Narkotyki wstrzykiwane za pomocą igły i strzykawki	2,0	1,9	2,3
	Alkohol razem z tabletkami	7,3	6,9	10,9
	Alkohol razem z marihuana	-	24,1	19,1
	Sterydy anaboliczne	2,3	2,1	3,1
	Polska heroina (kompot)	2,0	-	-

Źródło: ESPAD 2024

Problem palenia tytoniu

Jeśli zaś chodzi o palenie tytoniu, odnaleziono wyniki badania ankietowego Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach (ang. *The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, ESPAD) z 2024 r. W jego ramach zaprezentowano dane nt. rozpowszechnienia palenia tytoniu wśród młodzieży szkoleń. W roku 2024, 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. Warto zauważyć także, że w zestawieniu z poprzednimi latami, odsetki uczniów zachowujących abstynencję od tytoniu wzrosły w obu grupach wiekowych (Tabela 9)¹⁴.

Tabela 9. Odsetek uczniów przyznających się do palenia tytoniu, w latach 2003-2024

Grupa wiekowa	Odpowiedź	2003	2007	2011	2015	2019	2024
		Odsetek odwiedzi (%)					
Młodzież między 15 a 16 r.ż.	Nigdy nie paliłem	33,2	46,9	42,8	43,8	50,1	61,4
	Paliłem chociaż raz	66,7	53,1	57,2	56,2	49,9	38,6
Młodzież między 17 a 18 r.ż.	Nigdy nie paliłem	22,7	32,1	29,1	28,5	34,5	43,9
	Paliłem chociaż raz	77,3	67,9	70,9	71,5	65,5	56,1

Źródło: ESPAD 2024

W ramach badania ESPAD 2024, zaprezentowano także informacje nt. palenia tytoniu w przeciągu ostatnich 30 dni wśród młodzieży. Biorąc pod uwagę najnowsze dane z 2024 r. w przypadku nastolatków między 15 a 16 r.ż., najczęściej wskazywali oni, że nie palili wyrobów tytoniowych w przeciągu ostatnich 30 dni (79%).

¹⁴ Ibidem

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 przeciągu ostatnich 30 dni jest rzadsze (70%). W efekcie obserwuje się także zwiększenie odsetków uczniów palących okazjonalnie (mniej niż 1 papieros/tydzień – 14,2%) oraz palących 1-5 papierosów na dzień (6,6%) (Tabela 10)¹⁵.

Tabela 10. Odsetek uczniów przyznających się do palenia tytoniu w przeciągu ostatnich 30 dni, w latach 2003-2024

Grupa wiekowa	Odpowiedź	2003	2007	2011	2015	2019	2024
		Odsetek odpowiedzi (%)					
Młodzież między 15 a 16 r.ż.	Nie	67,9	78,3	70,2	73,6	77,0	79,0
	Mniej niż 1 papieros/tydzień	6,7	6,4	8,2	7,9	7,9	9,2
	Mniej niż 1 papieros/dzień	4,0	2,7	4,1	4,0	3,1	3,4
	1-5 papierosów/dzień	10,2	5,8	8,2	7,7	6,1	4,5
	6-10 papierosów/dzień	6,2	3,5	5,3	3,5	3,0	1,3
	11-20 papierosów/dzień	3,0	1,8	2,4	1,8	1,7	0,7
	Więcej niż 20 papierosów/dzień	2,0	1,5	1,7	1,5	1,3	1,8
Młodzież między 17 a 18 r.ż.	Nie	55,7	65,0	58,1	58,3	64,5	70,0
	Mniej niż 1 papieros/tydzień	6,9	8,0	9,8	10,4	10,9	14,2
	Mniej niż 1 papieros/dzień	3,9	3,5	4,9	5,5	5,8	4,0
	1-5 papierosów/dzień	11,3	10,8	11,1	11,7	9,3	6,6
	6-10 papierosów/dzień	12,7	6,9	9,0	7,9	4,7	2,3
	11-20 papierosów/dzień	7,0	4,1	5,0	4,4	3,4	1,4
	Więcej niż 20 papierosów/dzień	2,4	1,7	2,1	1,9	1,4	1,5

Źródło: ESPAD 2024

W publikacji ESPAD 2024 zaprezentowano także dane nt. rozpowszechnienia palenia e-papierosów wśród młodzieży szkolnej. W roku 2024, 56,7% nastolatków między 15 a 16 r.ż. potwierdziło, że korzystało z e-papierosów na przestrzeni swojego życia. Natomiast 38,6% uczniów przyznało, że korzystało z takich urządzeń w przeciągu ostatnich 30 dni. W przypadku starszej kohorty (między 17 a 18 r.ż.), odsetek uczniów którzy kiedykolwiek korzystali z tego typu systemów podarży nikotyny, jest zdecydowanie wyższy – 69,5%. Podobną sytuację można zauważyć w przypadku korzystania z e-papierosów w przeciągu ostatnich 30 dni, gdzie odsetek takich uczniów wzrósł do poziomu 50,9% (Tabela 9)¹⁶.

Tabela 11. Odsetek uczniów przyznających się do korzystania z e-papierosów, w latach 2019-2024

Grupa wiekowa	Odpowiedź	2019	2024
		Odsetek odpowiedzi (%)	
Młodzież między 15 a 16 r.ż.	Kiedykolwiek w życiu	56,3	56,7
	W czasie 30 dni przed badaniem	30,3	37,2
Młodzież między 17 a 18 r.ż.	Kiedykolwiek w życiu	64,8	69,5

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ Ibidem.

	W czasie 30 dni przed badaniem	36,5	50,9
--	--------------------------------	------	------

Źródło: ESPAD 2024

Zgodnie z danymi BASiW ze świadczeń z zakresu leczenia uzależnień od tytoniu w roku 2023 skorzystało jedynie 125 pacjentów. Pacjenci ci w omawianym roku skorzystali z 2 138 porad¹⁷. Zgodnie z informacjami zawartymi na stronie NFZ, wskazującej terminy leczenia w poszczególnych placówkach, do dnia 01.10.2025, na terenie polski funkcjonowało jedynie 5 poradni pomocy palącym¹⁸.

3.3. Znaczenie dla zdrowia obywateli

Znaczenie dla zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu konieczności:

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

¹⁷ Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (2025). Mapy potrzeb zdrowotnych – Analizy: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – dorośli. Pozyskano z: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/absencje-chorobowe/>, dostęp z 11.09.2025

¹⁸ Narodowy Fundusz Zdrowia (2025). Informator o terminach leczenia NFZ: PORADNIA ANTYNIKOTYNOWA. Pozyskano z: <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/?search=true&Case=1&ServiceName=PORADNIA+ANTYNIKOTYNOWA&State=&Locality=&Provider=&Place=&Street=>, dostęp z 11.09.2025

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

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

Świadczenia gwarantowane

Zgodnie z Rozporządzeniem 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.), w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dostępne są interwencje mające na celu profilaktykę, leczenie oraz rehabilitację osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (dotyczy to zarówno młodzieży jak i osób dorosłych). Zgodnie z treścią rozporządzenia, wymagania w zakresie realizacji omawianych świadczeń zostały zaprezentowane poniżej (Tabela 12)¹⁹.

Tabela 12. Wykaz dostępnych świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (część II. załącznika nr 1 do ww. Rozporządzenia)

Nazwa i zakres świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
Leczenie zespołów alkoholowych i zespołów abstynencyjnych (detoksykacja) obejmujące diagnostykę i leczenie osób z alkoholowym zespołem abstynencyjnym oraz motywowanie do dalszej terapii uzależnienia.	Personel 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub lekarz specjalista w dziedzinie neurologii, lub lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii, lub lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i reanimacji, lub lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 2) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek*; 3) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegającą się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub instruktor terapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 4) pielęgniarki – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na łóżko, w tym równoważnik co najmniej 1 etat: pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub pielęgniarka w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego. Pozostałe warunki: 1) zapewnienie możliwości przeprowadzenia specjalistycznych badań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej, w tym badań poziomu substancji psychoaktywnych, oraz badań z zakresu diagnostyki obrazowej i elektrofizjologicznej; 2) zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii, lub lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i reanimacji, lub lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.
Leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacja) obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zespołem abstynencyjnym po substancjach psychoaktywnych	Personel 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub lekarz specjalista w dziedzinie neurologii, lub lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii, lub lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i reanimacji, lub lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*;

¹⁹ Ministerstwo Zdrowia (2019). 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.). Pozyskano z: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001285>, dostęp z 09.09.2025

innych niż alkohol i towarzyszących chorób psychicznych, somatycznych oraz motywowanie do dalszej terapii uzależnienia.	2) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek*; 3) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub instruktor terapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 4) pielęgniarki -równoważnik co najmniej 0,6 etatu na łóżko, w tym równoważnik co najmniej 1 etat: pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub pielęgniarka w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego. Pozostałe warunki: 1) zapewnienie możliwości przeprowadzenia specjalistycznych badań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej, w tym badań poziomu substancji psychoaktywnych, oraz badań z zakresu diagnostyki obrazowej i elektrofizjologicznej; 2) zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii, lub lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i reanimacji, lub lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.
Leczenie uzależnień obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób uzależnionych oraz działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych.	Personel 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 80 łóżek*; 2) specjalista psychoterapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 13 łóżek*; 3) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 4) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub instruktor terapii uzależnień, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu instruktora terapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 30 łóżek*; 5) psycholog - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 80 łóżek*; 6) pielęgniarki - równoważnik co najmniej 0,4 etatu na łóżko, w tym równoważnik co najmniej 1 etatu: pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub pielęgniarka w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego. Pozostałe warunki: 1) zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych.
Świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób uzależnionych oraz działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych.	Personel 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 80 łóżek*; 2) specjalista psychoterapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 13 łóżek*; 3) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 4) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub instruktor terapii uzależnień,

	lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu instruktora terapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 30 łóżek*; 5) psycholog - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 80 łóżek*; 6) pielęgniarki - równoważnik co najmniej 0,4 etatu na łóżko, w tym równoważnik co najmniej 1 etatu: pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub pielęgniarka w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego.
	Pozostałe warunki: 1) zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych.
Krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych obejmujące diagnostykę, leczenie i rehabilitację osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol oraz działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych.	Personel 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii, posiadający udokumentowane co najmniej roczne doświadczenie kliniczne w terapii uzależnień lub specjalista psychoterapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek*; 2) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 80 łóżek*; 3) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 4) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub instruktor terapii uzależnień, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu instruktora terapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 5) psycholog - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 80 łóżek; 6) pielęgniarki - równoważnik co najmniej 0,4 etatu na łóżko, w tym równoważnik co najmniej 1 etatu: pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub pielęgniarka w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego.
	Pozostałe warunki: 1) zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych.
Świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych obejmujące długoterminową rehabilitację osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol) oraz działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych. W warunkach stacjonarnych istnieje możliwość realizowania świadczeń leczenia substytucyjnego.	Personel 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii, posiadający udokumentowane co najmniej roczne doświadczenie w zakresie terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych, lub specjalista psychoterapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 36 łóżek*; 2) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 72 łóżka*; 3) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 36 łóżek*; 4) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub instruktor terapii uzależnień, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu instruktora terapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 36 łóżek*; 5) psycholog - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 6) pielęgniarki - równoważnik co najmniej 0,4 etatu na łóżko, w tym równoważnik co najmniej 1 etatu: pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym

	w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub pielęgniarka w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego. Pozostałe warunki: 1) zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych.
Świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia obejmujące diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których jest wykonywany środek zabezpieczający, o którym mowa art. 93a § 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.	Personel 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 2) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek*; 3) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub instruktor terapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 4) psycholog - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 5) pielęgniarzy - równoważnik co najmniej 0,5 etatu na łóżko, w tym równoważnik co najmniej 1 etatu: pielęgniarz specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pielęgniarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub pielęgniarz po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub pielęgniarz w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego. Pozostałe warunki: 1) zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych.
Świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich. Obejmują diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których jest wykonywany środek zabezpieczający, o którym mowa art. 93a § 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.	Personel 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 2) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek*; 3) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub instruktor terapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 4) psycholog - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 5) pielęgniarzy - równoważnik co najmniej 0,5 etatu na łóżko, w tym równoważnik co najmniej 1 etatu: pielęgniarz specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pielęgniarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub pielęgniarz po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub pielęgniarz w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego. Pozostałe warunki: 1) zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych.
Świadczenia dla uzależnionych od alkoholu udzielane w hostelu, jako pobyt w chronionych warunkach mieszkalnych, połączony z programem postrehabilitacyjnym opartym o terapię grupową.	Personel: 1) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 80 łóżek; 2) 2) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub instruktor terapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek.
Świadczenia dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych udzielane w hostelu, jako pobyt w chronionych warunkach mieszkalnych, połączony z programem	Personel: 1) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 80 łóżek;

postrehabilitacyjnym opartym o terapię grupową.	2) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub instruktor terapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek.
Świadczenia rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży uzależnionych od substancji psychoaktywnych obejmujące długoterminową rehabilitację osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (innych niż alkohol) oraz działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych. W warunkach stacjonarnych istnieje możliwość realizowania świadczeń leczenia substytucyjnego.	Personel: 1) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej, lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży - posiadający udokumentowane co najmniej roczne doświadczenie w zakresie terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych, lub specjalista psychoterapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 36 łóżek*; 2) lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży lub psychiatrii dziecięcej, lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 72 łóżka*; 3) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 36 łóżek*; 4) specjalista psychoterapii uzależnień lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, lub instruktor terapii uzależnień, lub osoba ubiegająca się o otrzymanie certyfikatu instruktora terapii uzależnień - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 36 łóżek*; 5) psycholog - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*; 6) pielęgniarki - równoważnik co najmniej 0,4 etatu na łóżko, w tym równoważnik co najmniej 1 etatu: pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pediatricznego lub pielęgniarka w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pediatricznego, lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pediatricznego, lub pielęgniarka w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub pediatricznego. Pozostałe warunki: 1) zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych.

Źródło: 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.)

Dodatkowo w ramach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. 2023 poz. 916 z późn. zm.), dostępny jest „Program profilaktyki chorób odtytoniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP)”. W jego ramach dostępna jest interwencja antynikotynowa, zakładająca szeroki wachlarz interwencji ukierunkowanych na zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu w populacji poprzez edukację, wywiad specjalistyczny oraz poradnictwo antynikotynowe. Warto jednak zaznaczyć, że 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 młodzieży²⁰.

W ramach Ustawy z dnia 11 września 2015 o zdrowiu publicznym (Dz. U. 2024 poz. 1670 z późn. zm.), określono zadania z zakresu zdrowia publicznego, odnoszące się także do zapobiegania uzależnieniom oraz skutkom zdrowotnym i społecznym z nich wynikającym. Zgodnie z zapisami omawianego aktu prawnego, działania z zakresu profilaktyki oraz rozwiązywania problemów związanych z uzależnieniami (nie tylko od

²⁰ Ministerstwo Zdrowia (2023). Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych. Pozyskano z: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230000916>, dostęp z 09.09.2025

substancji psychoaktywnych ale także behawioralnych) są docelowym zadaniem realizowanym przez, podległe pod MZ, Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU). Jednym z głównych zadań KCPU jest inicjowanie, wspieranie i prowadzenie działań, które zmierzają do ograniczenia używania alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w szczególności wśród dzieci i młodzieży. Ponadto mają one także możliwość inicjowania działań ukierunkowanych na poprawę dostępności i jakości pomocy na rzecz członków rodzin z uzależnieniami, w szczególności gdy dotyczy to dzieci i młodzieży²¹.

Informacje pochodzące z:

- ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 2023 poz. 2151)²²;
- ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. 2024 poz. 1162)²³;
- ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. 2023 poz. 1939)²⁴;

przedstawione w raporcie OT.423.6.2019, pozostają w swoich kluczowych założeniach aktualne.

W 2022 roku Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) została zlikwidowana. Jej zadania przejęło Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom²⁵.

Informacje nt. dostępnego w Polsce wsparcia telefonicznego dla osób uzależnionych i ich rodzin pozostają aktualne. Inicjatywy „Pomarańczowa Linia”²⁶ oraz Telefon Zaufania „Narkotyki-Narkomania”²⁷, w dalszym ciągu funkcjonują i podlegają pod Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Programy polityki zdrowotnej i inne inicjatywy

W Polsce w latach 2019-2023 realizowany był „Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych”, współfinansowany w ramach inicjatywy EFS POWER. Nie odnaleziono żadnych informacji sugerujących dalszą realizację omawianej inicjatywy, ani danych odnoszących się do efektywności omawianego rozwiązania²⁸.

Odnaleziono także informacje odnoszące się do realizacji na terenie Polski programu „ARS, czyli jak dbać o miłość?”. Program kierowany jest do młodzieży szkół ponadpodstawowych. Ponadto stanowi on integralną część Projektu KIK/68 „Profilaktycznego programu w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” współfinansowanego w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. Głównym celem programu jest dotarcie z przekazem edukacyjnym do uczniów szkół ponadpodstawowych i ograniczenie skutków zdrowotnych używania substancji psychoaktywnych (alkoholu,

²¹ MZ (2024). Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 7 listopada 2024 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zdrowiu publicznym. Pozyskano z: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20240001670>, dostęp z 09.09.2025

²² Sejm RP (2023). Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 4 września 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Pozyskano z: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230002151>, dostęp z 10.09.2025

²³ Sejm RP (2024). Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 23 lipca 2024 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Pozyskano z: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20240001162>, dostęp z 10.09.2025

²⁴ Sejm RP (2023). Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 17 sierpnia 2023 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Pozyskano z: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230001939>, dostęp z 10.09.2025

²⁵ Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (2022). Pozyskano z: <https://www.parpa.pl/>, dostęp z 10.09.2025

²⁶ Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (2017). O programie – pomaranczowalinia.pl. Pozyskano z: <https://pomaranczowalinia.pl/o-programie/>, dostęp z 10.09.2025

²⁷ 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: <https://kcpu.gov.pl/krajowe-centrum-przeciwdzialania-uzaleznieniom-postanowilo-przekształcić-i-jednocześnie-poszerzyć-działalność-ogólnopolskiego-telefonu-zaufania-narkotyki-narkomania-800-199-990-zgłaszane-konsultantom/>, dostęp z: 10.09.2025

²⁸ Ministerstwo Zdrowia (2019). Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych. Pozyskano z: https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/82426/Zalacznik_17.pdf, dostęp z 09.09.2025

tytoniu i narkotyków). Całkowity czas trwania programu obejmuje ok. 6 godzin lekcyjnych. Warto także zaznaczyć, że program został objęty honorowym patronatem Ministra Edukacji Narodowej²⁹.

W ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, realizowany jest cel operacyjny – „profilaktyka uzależnień”. Głównym podmiotem odpowiedzialnym za realizację tego celu jest Minister właściwy do spraw zdrowia we współpracy z Ministrem właściwym do spraw: oświaty i wychowania, wewnętrznych, rodziny, zabezpieczenia społecznego, szkolnictwa wyższego i nauki, finansów publicznych, rolnictwa, rynków rolnych, gospodarki, Ministrem Obrony Narodowej, Ministrem Sprawiedliwości. Wysokość finansowania celów operacyjnych NPZ wynosi rocznie nie więcej niż 140 mln zł, w tym nie więcej niż 30 mln zł przeznaczone jest na finansowanie celu operacyjnego „profilaktyka uzależnień”. Środki na omawiany cel pochodzą z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych oraz budżetu Państwa³⁰.

W polskim systemie opieki zdrowotnej dostępne są poradnie dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Zgodnie z danymi BASIW ze świadczeń z zakresu leczenia uzależnień w roku 2024 skorzystało 273,33 tys. pacjentów dorosłych. Pacjenci ci w omawianym roczniku skorzystali z ok. 2,95 mln porad. W przypadku dzieci i młodzieży z kolei w roku 2024, z porad tych skorzystało 315 tys. pacjentów³¹. Zgodnie z informacjami zawartymi na stronie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU), na dzień 10.09.2025, na terenie polski funkcjonowało 1 063 placówki zajmujących się leczeniem i terapią uzależnień³².

²⁹ Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Warszawie (2025). ARS, czyli jak dbać o miłość. Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/psse-warszawa/ars-czyli-jak-dbac-o-milosc>, dostęp z 09.09.2025

³⁰ 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: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210000642>, dostęp z 09.09.2025

³¹ Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (2025). Mapy potrzeb zdrowotnych – Analizy: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – dorośli. Pozyskano z: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/absencje-chorobowe/>, dostęp z 28.07.2025

³² Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (2025). Mapa placówek. Pozyskano z: <https://kcpu.gov.pl/mapa/>, dostęp z 10.09.2025

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

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

W trakcie prac analitycznych nad niniejszym raportem odnaleziono informacje odnoszące się do alternatywnych metod realizacji działań profilaktycznych nacełowanych na profilaktykę uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych. W ramach aktualnie obowiązujących wytycznych klinicznych oraz dostępnych wtórnych dowodów naukowych, możliwe jest realizowanie następujących interwencji:

- działań informacyjno-edukacyjnych;
- poradnictwa antyuzywkowego;
- konsultacji specjalistycznych;
- stosowanie kwestionariuszy przesiewowych w kierunku uzależnienia od poszczególnych substancji psychoaktywnych;
- edukacji dla rodziców;
- szkoleń dla personelu medycznego.

Zgodnie z uwzględnionymi w raporcie publikacjami naukowymi oraz rekomendacjami, kluczowym działaniem mającym na celu przeciwdziałanie uzależnieniom od substancji psychoaktywnych pozostają działania informacyjno-edukacyjne. Dotyczy to w szczególności dzieci i młodzieży, gdzie działania edukacyjne mogą skutecznie zapobiegać inicjacji nałogu palenia tytoniu. Działania te w tej populacji mogą się także przyczynić do zaprzestania korzystania z danych używek, głównie wyrobów zawierających nikotynę. Edukacja może być realizowana na różne sposoby, zarówno z wykorzystaniem technologii cyfrowych, jak i tradycyjnych konsultacji. Ponadto, w ramach profilaktyki omawianego problemu zdrowotnego w populacji osób <18 r.ż., istotnym działaniem może być także wdrożenie edukacji wśród rodziców. Dostępne rekomendacje wskazują, że przekazywanie rodzicom informacji motywujących ich do tworzeniu środowisk wolnych od wyrobów zawierających nikotynę, może być korzystne w utrzymaniu abstynencji wśród młodzieży.

Jednym z kluczowych elementów działań edukacyjnych pozostaje też interwencje mające na celu porzucanie nałogu. Dostępne rekomendacje wskazują, że krótkie porady antynikotynowe, świadczone przez lekarzy lub innych specjalistów w zakresie zdrowia są przydatne w osiągnięciu długoterminowej abstynencji. Przykładowo, interwencje tego typu mogą korzystać chociażby ze schematu „5R” lub „5A”. Samo wsparcie behawioralne powinno także zostać poprzedzone odpowiednią analizą czynników determinujących motywację i predyspozycje do porzucenia nałogu.

W przypadku szkoleń dla personelu medycznego z kolei, w ramach tej interwencji zalecane jest zaznajomienie uczestników z zagadnieniem uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Zakres edukacji powinien uwzględniać głównie kwestie konsekwencji zdrowotnych nadużywania alkoholu, tytoniu i narkotyków oraz powinna odnosić się do świadczenia minimalnej interwencji wspierającej porzucenie nałogu. Efektem tych działań powinno być także wykształcenie w personelu medycznym gotowości do wspierania pacjenta w dążeniu do abstynencji, poprzez chociażby poinformowanie go o dostępnym leczeniu farmakologicznym.

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

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

W tabeli poniżej (Tabela 13, Tabela 14) przedstawiono rekomendacje odnalezione w wyniku przeprowadzonego wyszukiwania systematycznego, którego metodologia została opisana w rozdz. 7.1. (n=6). Do poniższego zestawienia włączono wyłącznie najaktualniejsze rekomendacje/wytyczne o jasno określonej metodologii ich przygotowania.

Tabela 13. Zestawienie rekomendacji pod względem populacji i metodologii

Akronim organizacji	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje
KCPU ³³	2025	Ogólna	Osoby z uzależnieniami, osoby z grup ryzyka rozwoju uzależnienia, rodziny z problemami alkoholowymi i narkotykowymi, dzieci i młodzież – profilaktyka.	Szkolenie terapeutów, nauczycieli, rodziców, działania z zakresu redukcji szkód, prowadzenie punktów informacyjno- konsultacyjnych, psychoterapia, realizacja programów profilaktycznych z zakresu profilaktyki uniwersalnej, działania informacyjno-edukacyjne.
ENST ³⁴	2025	Młodzież poniżej 18 r.ż., Populacja ogólna.	–	Działania informacyjno-edukacyjne, interwencja antynikotynowa, konsultacje specjalistyczne, nikotynowa terapia zastępcza, terapię alternatywne (nie zalecane), pomiar zawartości tlenu węgla w wydychanym powietrzu, regularne wizyty kontrolne.

³³ 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: https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/12/Rekomendacje_2025.pdf, dostęp z 15.09.2025

³⁴ 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: https://www.researchgate.net/publication/390746282_2025_Guidelines_For_Treating_Tobacco_And_Nicotine_Dependence, dostęp z 17.09.2025

Akronim organizacji	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje
NICE³⁵	2025	Populacja ogólna, personel medyczny.	Kobiety w ciąży.	Organizowanie i planowanie ogólnokrajowych, regionalnych lub lokalnych kampanii w środkach masowego przekazu, mających na celu denormalizację używania tytoniu, wprowadzanie bezwzględnych stref bez dymu tytoniowego na terenie wszystkich placówek szkolnych, interwencje w szkołach prowadzone przez osoby dorosłe oraz przez rówieśników, promowanie wsparcia dla osób chcących zaprzestać używania tytoniu bezdymnego, interwencje w zakresie rzucania palenia: poradnictwo behawioralne, farmakoterapia, specjalistyczne linie telefoniczne, wsparcie w rzucaniu palenia w podstawowej opiece zdrowotnej oraz innych placówkach opieki specjalistycznej.
AAFP³⁶	2023	Populacja ogólna.	Osoby uzależnione od alkoholu lub substancji psychoaktywnych.	Działania przesiewowe, krótka interwencja, wywiad motywującym farmakoterapia.
PPE³⁷	2022	Osoby palące.	Kobiety w ciąży, osoby z poważnymi chorobami psychicznymi, pracownicy systemu opieki zdrowotnej.	Prowadzenie dokumentacji pacjentów palących, krótka porada, intensywne poradnictwo indywidualne, poradnictwo grupowe,

³⁵ National Institute for Health and Care Excellence (2025). Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence. Pozyskano z: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng209>, dostęp z 16.09.2025

³⁶ American Academy of Family Physicians (2023). Addressing Alcohol and Other Substance Use. Practice manual. Pozyskano z: <https://www.mdafp.org/assets/files/pdfs/Alcohol%20Practice%20Manual%202023.pdf>, dostęp z 16.09.2025

³⁷ Bała M.M., Cedzyńska M., Balwicki Ł. et al. (2022). Wytyczne leczenia uzależnienia od nikotyny. Med. Prakt. 7-8: 24–40

Akronim organizacji	Rok	Populacja docelowa interwencji	Kryteria dodatkowe	Interwencje
				poradnictwo telefoniczne, farmakoterapia, szkolenia dla personelu medycznego.
USPSTF ³⁸	2021	Populacja ogólna.	Ciężarne kobiety.	Pytanie wszystkich dorosłych, w tym osoby w ciąży, o używanie tytoniu w zakresie rzucania palenia osobom, W przypadku osób dorosłych niebędących ciążą, które używają tytoniu – zapewnienie poradnictwa behawioralnego i farmakoterapii w celu zaprzestania palenia (co najmniej 4 lub więcej sesji doradztwa behawioralnego o czasie 90 do 300 minut całkowitego czasu kontaktu), Interwencje behawioralne: porady lekarskie, porady pielęgniarstwa, porady indywidualne, grupowe interwencje behawioralne, porady telefoniczne i interwencje oparte na telefonach komórkowych, Zatwierdzona przez FDA farmakoterapia w celu zaprzestania palenia: nikotynowa terapia zastępcza, bupropion o przedłużonym uwalnianiu i wareniklina. Skuteczne doradztwo behawioralne: terapia poznawczo-behawioralna, motywacyjne i wspomagające, edukacja zdrowotna, informacje zwrotne, zachęty finansowe i wsparcie społeczne.
NIZP - PZH ³⁹	2020	Młodzież poniżej 18 r.ż., Nauczyciele i rodzice	–	Działania informacyjno-edukacyjne, interwencja antynikotynowa, leczenie farmakologiczne, nikotynowa terapia zastępcza.

³⁸ US Preventive Services Task Force (2021). Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: Interventions. Pozyskano z: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/tobacco-use-in-adults-and-pregnant-women-counseling-and-interventions>, dostęp z 16.09.2025

³⁹ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny (2020). Rekomendacje w zakresie ochrony dzieci i młodzieży przed konsekwencjami używania produktów nikotynowych. Pozyskano z: <https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2020/12/Raport-koncowy-26.11.2020-1-po-G-i-po-M-2.pdf>, dostęp z: 15.09.2025

Tabela 14. Zestawienie rekomendacji z zakresu profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych

Organizacja	Treść rekomendacji
Rekomendacje krajowe	
Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom – KCPU 2025 ⁴⁰	Metodologia: konsensus ekspertów. Rekomendacje: <u>Diagnoza lokalnych problemów jako punkt wyjścia do opracowania lokalnych programów</u> • Proponowane kluczowe obszary diagnozy to: ○ skala używania alkoholu, nielegalnych substancji psychoaktywnych i zagrożeń związanych z uzależnieniami behawioralnymi oraz wynikających z tego problemów; ○ dostępność alkoholu i innych substancji psychoaktywnych; ○ zasoby w zakresie rozwiązywania ww. problemów na poziomie lokalnym; ○ postawy społeczne wobec danych zjawisk (np. gotowość do podejmowania interwencji w sytuacji sprzedaży alkoholu osobom niepełnoletnim) oraz wobec podjętych lub planowanych w gminie strategii (np. wobec planu wprowadzenia ograniczeń w nocnej sprzedaży napojów alkoholowych). • W ramach diagnozy należy zbierać przede wszystkim dane z istniejących źródeł, takich jak dokumenty, raporty i statystyki instytucji zajmujących się problemami związanymi z używaniem alkoholu, narkotyków czy przemocą domową. Źródłem ważnych informacji o problemie mogą być ponadto opinie ekspertów. Warto również wykorzystać lub zlecić badania na poziomie lokalnym, np. w szkołach. • Przeprowadzenie diagnozy powinno obejmować następujące etapy: ○ konceptualizacja – zaplanowanie diagnozy, wybór wskaźników i metod; ○ zbieranie danych; ○ opracowywanie, analiza i interpretacja danych; ○ formułowanie wniosków i rekomendacji; ○ opracowanie i opublikowanie raportu z diagnozy; ○ upowszechnianie wyników diagnozy. • Ocenę sytuacji w gminie warto rozpocząć od zidentyfikowania instytucji lub osób działających w obszarze przeciwdziałania uzależnieniom na terenie gminy. Należy pamiętać o tym, że pierwszym krokiem w diagnozie problemu nie jest gromadzenie danych, ale stworzenie sieci współpracowników lub instytucji. • Dane do wskaźników na poziomie lokalnym można pozyskać m.in. z takich instytucji jak:

⁴⁰ 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: https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/12/Rekomendacje_2025.pdf, dostęp z 15.09.2025

Organizacja	Treść rekomendacji
	○ placówki lecznicze, w tym szpitale i Wojewódzkie Ośrodki Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia (WOTUIW), ○ punkty konsultacyjne, ○ stacje pogotowia ratunkowego i transportu sanitarnego, ○ policja, ○ urzędy miasta lub gminy, ○ zespoły interdyscyplinarne ds. przeciwdziałania przemocy domowej, ○ izby wytrzeźwień, ○ organizacje pozarządowe, ○ wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne, ○ miejskie lub gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, ○ ośrodki pomocy społecznej itp. <u>Rekomendowane działania z zakresu psychoterapii</u> • Nie jest rekomendowane prowadzenie przez punkty konsultacyjne psychoterapii uzależnień, ponieważ prowadzenie psychoterapii osób z uzależnieniem jest zbiorem świadczeń zdrowotnych, a te udzielane są wyłącznie przez podmioty prowadzące działalność leczniczą. • Zespół terapeutyczny powinien mieć charakter interdyscyplinarny i składać się ze specjalistów psychoterapii uzależnień, lekarzy, psychologów, psychoterapeutów oraz instruktorów terapii uzależnień. • Odrębne miejsce w zespole terapeutycznym zajmuje psycholog, którego zadaniem jest np. dokonywanie pogłębionej diagnozy psychologicznej czy podejmowanie interwencji kryzysowych. • Instruktor terapii uzależnień nie prowadzi psychoterapii osób z uzależnieniem ani ich bliskich, lecz wykonuje określone świadczenia zdrowotne w procesie leczenia osób z uzależnieniem: udziela porad i prowadzi wybrane sesje terapii grupowej. Instruktor terapii uzależnień pracuje pod merytorycznym nadzorem specjalisty psychoterapii uzależnień. • Zalecanym jest dofinansowanie szkoleń pracowników placówek leczenia uzależnień w zakresie uzyskania certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień, instruktora terapii uzależnień oraz w zakresie uzyskiwania dyplomu specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień. • Rekomenduje się dofinansowanie doskonalenia zawodowego pracowników placówek leczenia uzależnienia. <u>Prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej oraz działalności szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii oraz uzależnieniom behawioralnym</u> • Rekomenduje się realizację programów profilaktycznych dla dzieci i młodzieży spełniających standardy profilaktyki opartej na naukowych podstawach i wykorzystują przede wszystkim wiodące strategie profilaktyczne. Zaleca się finansowanie: ○ szkoleń przygotowujących realizatorów/trenerów programu; ○ materiałów niezbędnych do realizacji programu;

Organizacja	Treść rekomendacji
	○ wynagrodzenia dla realizatorów, o ile nie zachodzi przypadek podwójnego finansowania. • Rekomenduje się realizację programów profilaktycznych dla rodziców i aktywną współpracę z nimi w obszarze profilaktyki. Zaleca się finansowanie: ○ szkoleń przygotowujących realizatorów/trenerów programów rekomendowanych skierowanych do rodziców; ○ materiałów niezbędnych do realizacji programu; ○ wynagrodzeń dla realizatorów. • Ważne jest przekazanie rodzicom informacji na temat ich roli we wzmacnianiu przekonań normatywnych, przeciwnych picia alkoholu i używania innych substancji psychoaktywnych/narkotyków. Nie należy więc koncentrować się jedynie na opisie skali problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz ich szkodliwości dla młodzieży i dorosłych. • Skuteczne programy dla rodziców są ukierunkowane na: ○ 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; uczenie skutecznych metod stawiania granic, rozwiązywania konfliktów, motywowania do wypełniania przez dziecko różnych obowiązków, bez stosowania kar cielesnych i przemocy ○ uczenie rozmawiania 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. • Skuteczności programów dla rodziców zwiększa: ○ przyjazna atmosfera zajęć, która motywuje rodziców do aktywnego udziału w programie; ○ organizacja spotkań w terminach i godzinach dogodnych dla rodziców; ○ zadania do wspólnego wykonania w domu przez rodziców i dziecko; ○ zapewnienie opieki nad dzieckiem/dziećmi/ młodszym rodzeństwem/w trakcie trwania zajęć dla rodziców; ○ cykl zajęć zapewniający odpowiednią „dawkę” edukacji – zwykle ok. 10 spotkań; ○ prowadzenie zajęć nie tylko dla samych rodziców, ale również wspólnych dla rodziców i dzieci; ○ dobre przygotowanie realizatorów. • Obecność osoby dorosłej spoza bliskiej rodziny (mentora) w życiu nastolatka z grupy ryzyka jest czynnikiem chroniącym i może prowadzić do zmniejszenia jego problemów szkolnych, prawnych i innych zachowań ryzykownych. Mentoring ma na celu pomoc nastolatkowi w jego rozwoju, przy pomocy wspierania, mobilizowania, doradzania oraz udzielania informacji zwrotnych. Charakterystyczne elementy: profesjonalny charakter udzielanej pomocy przez osobę dorosłą oraz długofalowy charakter takiej pomocy. Wyróżnia się mentoring naturalny oraz intencjonalny, wynikający z udziału w programie. Aby był on skuteczny, mentor powinien: ○ zostać właściwie dobrany do potrzeb nastolatka; ○ współpracować z nastolatkiem przynajmniej 12 miesięcy;

Organizacja	Treść rekomendacji
	○ mieć odpowiednie przeszkolenie oraz wsparcie w trakcie realizacji programu; ○ zaplanować program współpracy o określonej strukturze. • Interwencje profilaktyczne mają na celu zahamowanie rozwoju ryzykownych zachowań oraz wzmacnianie motywacji do zmiany. Polegają na wykorzystaniu odpowiedniej komunikacji (np. dialog motywujący) i udzielaniu właściwych informacji w rozmowie z nastolatkiem z grupy ryzyka. Krótkie interwencje powinny być: ○ prowadzone przez przeszkolone osoby (nauczyciele, pedagog, psycholog, lekarz) w bezpośrednim kontakcie; ○ oparte na udzieleniu wsparcia informacyjnego oraz motywowaniu do zmiany zachowania; ○ wsparte ustrukturalizowanymi zajęciami grupowymi, których celem jest zachęcenie uczestników do oceny ryzyka swoich zachowań oraz przyjęcie odpowiedzialności za własne decyzje dotyczące podejmowanych zachowań ryzykownych. • Nie rekomenduje się do 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; ○ w swojej strukturze są wybrakowane, a 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. • Nie zaleca się finansowania programów: ○ krótkich, jednorazowych, realizowanych w niedługim okresie, np. przez okres jednego tygodnia; ○ prowadzonych wyłącznie przez osoby z zewnątrz, bez udziału nauczycieli, wychowawców; ○ nieuwzględniających aktywnej współpracy z rodzicami; ○ zawierających w sobie spektakle teatralne, koncerty, spotkania z udziałem znanych osób, które mają opowiadać o problemach związanych z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych; ○ opisanych na bardzo ogólnym poziomie, np. bez załączonych scenariuszy poszczególnych zajęć lub wspierających realizację podejmowanych działań materiałów edukacyjnych, które uwzględniają aktualną wiedzę na temat zachowań ryzykownych, dostosowanych do wieku rozwojowego odbiorców programu. • Nie rekomenduje się działań akcyjnych typu konkursy, pikniki czy festyny. Zwykle w takich przypadkach działania profilaktyczne stanowią mały, często uboczny element oferty rozrywkowej, rekreacyjnej czy muzycznej. Nie mogą więc skutecznie wpływać na ograniczanie problemu używania substancji psychoaktywnych. Jeżeli samorząd decyduje się na włączenie działań profilaktycznych w tego typu wydarzenia, rekomenduje się finansowanie jedynie kosztów ściśle związanych z profilaktyką (np. druk materiałów, organizowanie punktu konsultacyjno-informacyjnego).

Organizacja	Treść rekomendacji
	• Nie zaleca się podejmowania współpracy w zakresie profilaktyki z firmami działającymi w branży alkoholowej, co może zakłócać przejrzystość i jednoznaczność komunikatu kierowanego do dzieci i młodzieży. • 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. • Interaktywne i stałe rozpowszechnianie wiedzy z zakresu rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych jest istotnym elementem edukacji publicznej. Ważne jest zapewnienie komunikacji ze społecznością lokalną oraz odpowiadanie na jej potrzeby. • Rekomendowane jest prowadzenie systematycznych działań edukacyjnych, również w formie lokalnych kampanii, które mogą nawiązywać do ogólnopolskich kampanii edukacyjnych dotyczących profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Do działań edukacyjnych należą również: konferencje, narady, seminaria, szkolenia. Zasięg działań edukacyjnych można wzmacniać przy pomocy materiałów informacyjno-edukacyjnych, takich jak: broszury, plakaty, ulotki, poświęcone danej tematyce strony internetowe. • 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. • Nie rekomenduje się finansowania i organizacji szkoleń zbyt krótkich, np. w wymiarze 1–2 godzin. • Zaleca się podejmowanie działań informacyjno-edukacyjnych na temat rakotwórczego wpływu alkoholu na stan zdrowia człowieka. • Zaleca się prowadzenie działań z zakresu redukcji szkód, np.: partyworking – forma pracy wykonywana w miejscach rekreacji i wypoczynku: klubach, dyskotekach, podczas imprez masowych, koncertów. Ma na celu zwiększenie bezpieczeństwa uczestników oraz zmniejszenie zagrożeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. • Zaleca się prowadzenie edukacji przedstawicieli różnych grup zawodowych mających bezpośredni kontakt z pacjentem/klientem, (szczególnie terapeutów uzależnień, psychologów i psychoonkologów, dietetyków, fizjoterapeutów, pracowników socjalnych, kuratorów) oraz personelu medycznego placówek podstawowej opieki zdrowotnej z zakresu rakotwórczego działania alkoholu i jego wpływu na stan zdrowia człowieka.
Panel Polskich Ekspertów – PPE 2022⁴¹	Metodologia: przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów. Rekomendacje: • Eksperci zalecają, by w przypadku każdego pacjenta odnotowywać w dokumentacji medycznej informację o użytkowaniu wyrobów tytoniowych. Informację tę należy aktualizować w czasie każdego kontaktu z pacjentem (Siła rekomendacji: konsensus ekspertów). <u>Rekomendacje dotyczące interwencji niefarmakologicznych</u> • Zaleca się udzielanie przez wszystkich pracowników opieki zdrowotnej porady o zaprzestaniu palenia wszystkim osobom palącym (Siła rekomendacji: silna; duża lub umiarkowana pewność danych).

⁴¹ Bała M.M., Cedzyńska M., Balwicki Ł. et al. (2022). Wytyczne leczenia uzależnienia od nikotyny. Med. Prakt. 7-8: 24–40

Organizacja	Treść rekomendacji
	• Zaleca się stosowanie intensywnego indywidualnego poradnictwa świadczonego przez pracowników opieki zdrowotnej, dotyczącego zaprzestania palenia u wszystkich osób palących (Siła rekomendacji: silna; duża lub umiarkowana pewność danych). • Zaleca się oferowanie poradnictwa grupowego wszystkim osobom palącym z wyjątkiem kobiet w ciąży (umiarkowana pewność danych, silna rekomendacja). • Zaleca się oferowanie poradnictwa telefonicznego wszystkim osobom palącym z wyjątkiem kobiet w ciąży (umiarkowana pewność danych, silna rekomendacja). • Panel rekomenduje, by pracownicy systemu opieki zdrowotnej regularnie uczestniczyli w szkoleniach z zakresu leczenia uzależnienia od nikotyny. System opieki zdrowotnej powinien umożliwiać organizację i uczestniczenie w szkoleniach (silna rekomendacja, umiarkowana pewność danych).
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy – NIZP PZH PIB 2020⁴²	Metodologia: przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów. Rekomendacje: <u>Zalecenia w zakresie działań informacyjno-edukacyjnych</u> • Działania informacyjno-edukacyjne powinny zostać dopasowane do wieku odbiorców. Powinny one także trwać przez cały okres edukacji szkolnej. • Należy stworzyć jednolite wytyczne dla długookresowej edukacji antytytoniowej w Polsce. • Zdaniem ekspertów, edukacja antytytoniowa w szkołach powinna być częścią uniwersalnego, ogólnokrajowego programu. • Działaniami informacyjno-edukacyjnymi powinny także być kierowane do nauczycieli, rodziców i opiekunów, aby uczestniczyli oni w tworzeniu środowiska wolnego od wyrobów zawierających nikotynę. • Zaleca się stałe dostosowywanie i aktualizowanie narzędzi edukacyjnych ze szczególnym uwzględnieniem roli mass mediów. • Podkreśla się także konieczność zapewnienia stabilnego finansowania skutecznych, długotrwałych i atrakcyjnych działań z zakresu edukacji antytytoniowej wśród dzieci i młodzieży. • Cykliczna ocena podejmowanych działań i otwartość na zmiany są konieczne dla prowadzenia efektywnej edukacji antytytoniowej. <u>Zalecenia w zakresie pomocy uzależnionej młodzieży w wychodzeniu z nałogu</u> • Organizacja podkreśla, że w Polsce należy stale rozwijać programy interwencyjne. Programy te powinny uwzględniać przydatne wskazówki pochodzące z realizacji innych programów dla młodzieży. Wskazówki te powinny mieć udowodnioną skuteczność w oparciu o rzetelne badania naukowe. • Program powinien zawierać elementy interwencji, które biorą pod uwagę zarówno uniwersalne zagadnienia związane z uzależnieniem od nikotyny jak i porzucaniem nałogu. Powinny być one dostosowane do wieku młodzieży oraz ich płci. • Trenerzy, którzy pracują z młodzieżą przy realizacji programów interwencyjnych powinni być wybierani spośród osób niepalących lub byłych palaczy.

⁴² 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: <https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2020/12/Raport-koncowy-26.11.2020-1-po-G-i-po-M-2.pdf>, Dostęp z: 15.09.2025

Organizacja	Treść rekomendacji
	• Programy interwencyjne nie powinny wykluczać możliwości zastosowania leczenia farmakologicznego opartego o stosowanie terapeutycznej nikotyny u młodych, biologicznie uzależnionych osób. • Papierosy elektroniczne nie powinny być nigdy rozpatrywane jako element strategii pomocowej w zaprzestawaniu palenia tytoniu. • Zaleca się wykorzystanie urządzeń mobilnych do niesienia pomocy osobom uzależnionym od nikotyny. • Należy zapewnić długofalowe finansowanie wieloletnich kampanii adresowanych do młodzieży. W finansowaniu powinna być uwzględniona ewaluacja takich inicjatyw. Ewaluacja powinna spełniać normy badań metodologicznych stosowane w ocenie skuteczności interwencji antytytoniowych, np. abstynencja oceniana po 6 i 12 miesiącach. • Przy konstruowaniu programu należy wziąć pod uwagę wartości istotne dla młodzieży m.in. takie jak wolność, szczerość, prawda, niezależność, akceptacja rówieśników. Zawartość merytoryczna powinna zawierać przynajmniej takie zagadnienia jak: ○ mechanizm uzależnienia i działanie nikotyny; ○ powody palenia; ○ czynniki wywołujące chęć zapalenia/wapowania; ○ obalanie mitów na temat palenia, konsekwencje palenia i korzyści z zaprzestania (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, umiejętności interpersonalne. Przedstawianie zawartości merytorycznej powinno być zawsze atrakcyjne pod względem wizualnym, przy wykorzystaniu nowoczesnych technologii, zakładające interaktywność. Udział w programie powinien być dobrowolny. • Choć istnieją dowody o umiarkowanej sile, że papierosy elektroniczne zawierające nikotynę są bardziej skuteczne w rzucaniu palenia niż e-papierosy bez nikotyny oraz niż nikotynowa terapia zastępcza (NTZ) należy pamiętać, że w przeciwieństwie do NTZ nie są to produkty bezpieczne. Dodatkowo dane płynące z badań wskazują, że osoby które rzuciły palenie przy użyciu papierosów elektronicznych znacząco częściej używały ich po roku od rzucenia palenia niż ci, którzy stosowali farmakoterapię. <u>Zalecenia w zakresie ekonomicznego ograniczenia uzależnienia od nikotyny</u> • Zdaniem organizacji zwiększenie podatku prowadzi do wzrostu cen produktów tytoniowych, a co za tym idzie może determinować zmniejszenie korzystania z tych produktów we wszystkich grupach wiekowych. Podatki od wyrobów tytoniowych powinny rosnać szybciej niż tempo wzrostu dochodów indywidualnych, by zapobiec wzrostowi dostępności ekonomicznej takich wyrobów. • Wzrost podatków na e-papierosy powinien iść w parze ze wzrostem podatku na tradycyjne papierosy, by zapobiec zjawisku zmiany nawyków palenia z e-papierosów na tradycyjne papierosy, i vice versa. • Wzrosty podatków są szczególnie efektywnym narzędziem zapobiegającym użyciu produktów tytoniowych wśród młodzieży. W szczególności, wzrost cen tych produktów powoduje spadek prawdopodobieństwa inicjacji.
Rekomendacje zagraniczne	

Organizacja	Treść rekomendacji
European Network for Smoking and Tobacco – ENST 2025⁴³	Metodologia: przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów. Rekomendacje: <u>Zalecenia skierowane do lekarzy oraz interesariuszy odpowiedzialnych za kształt polityki zdrowotnej na danym terytorium</u> - Organizacja zaleca wspieranie poszczególnych organizacja w dążeniu do kreowania zrównoważonej infrastruktury, która będzie motywować populację do podejmowania prób porzucenia nałogu. Dodatkowo zalecane jest także zapewnienie szerokiego dostępu do wsparcia dla użytkowników tytoniu którzy wyrażają chęć porzucenia nałogu. Zaleca się zabezpieczenie odpowiednich środków aby ogólnie możliwe było długotrwałe podtrzymanie takiego wsparcia. - Zaleca się identyfikację kluczowych efektywnych mierników koniecznych do promowania porzucenia palenia tytoniu, przy jednoczesnej implementacji leczenia zależności od nikotyny. Elementy te powinny zostać zaimplementowane do narodowych programów i systemów opieki zdrowotnej. - Zaleca się także motywowanie interesariuszy do dzielenia się swoim osobistym doświadczeniem i zawiązanymi współpracami, celem ułatwienia rozwoju lub wzmocnienia wsparcia działań ukierunkowanych na rzucanie palenia i leczenie uzależnienia od nikotyny. - Zdaniem organizacji interesariusze powinni tworzyć i rozpowszechniać kompleksowe rekomendacje ukierunkowane na leczenie zależności od tytoniu w oparciu o najlepsze dostępne dowody naukowe i praktykę kliniczną. Omawiane rekomendacje powinny zawierać w sobie takie elementy jak: - zalecenia w zakresie kreowania narodowych strategii ograniczania nikotynizmu, uwzględniających zarówno promowanie zaprzestania palenia jak i zapewnienia leczenia. Rekomendacje powinny w głównej mierze być kierowane do tych odpowiedzialnych za finansowanie i wdrażanie polityki zdrowotnej i PPZ; - zalecenia w zakresie opracowania narodowych strategii leczenia zależności od nikotyny, skierowane do interesariuszy odpowiedzialnych za opracowanie, wdrażanie i zapewnienie wsparcia w zakresie porzucenia palenia tytoniu dla pacjentów. - Organizacja zaleca aby lekarze, którzy wspomagają pacjentów ze stwierdzoną zależnością od nikotyny, postrzegali uzależnienie od tytoniu jako chorobę przewlekłą. Uzależnienie od tytoniu oraz zależność od nikotyny powinny być określane zgodnie z medyczną nomenklaturą. - Każdy pacjent, u którego stwierdza się uzależnienie od tytoniu, powinien mieć odnotowany fakt uzależnienia w dokumentacji medycznej. - Zaleca się aby lekarze dokonywali oceny stopnia uzależnienia od tytoniu, poprzez zweryfikowanie: - liczby prób porzucenia palenia tytoniu, zakończonych niepowodzeniem; - najdłuższego okresu abstynencji tytoniowej; - jakichkolwiek stosowanych schematów leczenia uzależniania oraz ich składowych; - obecności w historii zdrowia zespołów odstawienia; - obecnych czynników mogących prowadzić do nawrotu uzależnienia;

⁴³ 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: https://www.researchgate.net/publication/390746282_2025_Guidelines_For_Treating_Tobacco_And_Nicotine_Dependence, dostęp z 17.09.2025

Organizacja	Treść rekomendacji
	○ pozytywnych aspektów stwierdzonych podczas trwającej abstynencji. • Zaleca się dokładne oszacowanie motywacji palacza do podjęcia wysiłków w rzucaniu palenia tytoniu. Dokonywać tego powinien każdy lekarz. Samą motywację z kolei można zweryfikować w oparciu o bezpośrednie pytanie bądź też zastosowanie określonych skal i modeli zmiany behawioralnej (np. ang. <i>Transtheoretical Model of Behaviour Change</i> czy też ang. <i>Motivation to Stop Smoking Scale</i>). • Status palenia, może także zostać zdefiniowany za pomocą biochemicznych testów laboratoryjnych. Biomarkery w tym zakresie mogą obejmować takie elementy jak stężenie tlenu węgla w wydychanym powietrzu czy poziom kotyniny. • Zgodnie z obecnymi wytycznymi, w przypadku abstynencji tytoniowej trwającej więcej niż 24 godziny, poziom tlenu węgla w wydychanym powietrzu spada do poziomu obecnego, u osób niepalących. Normalne wartości w wydychanym powietrzu u nie palących wynosi ok. 4 ppm. Aby możliwe było skuteczne odróżnienie osób palących od niepalących różnica wynosić musi ok. 9 ppm. Osiągnięcie wartości 10 ppm świadczy o aktywnym paleniu tytoniu. • W przypadku badań nacelowanych na kotyninę, głównego metabolitu nikotyny, zaleca się przyjęcie wartości <15 ng/ml śliny i 50 ng/ml w moczu. <u>Zalecenia w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu i zależności od nikotyny</u> • Personel medyczny powinien być aktywnie zaangażowany w edukację młodzieży, aby zapobiegać inicjacji nikotynowej i wspierać porzucanie nałogu palenia już u tych korzystających z wyrobów tytoniowych. Młodzież paląca bez stwierdzonej zależności od nikotyny, powinni zostać objęta celowanymi interwencjami. Jest to uzasadnione faktem, że pod koniec okresu nastoletniego może wykształcić się zależność od tego typu używek. • W przypadku osób dorosłych palących tytoń (w większość przypadków nałóg wynika z palenia tytoniu już na etapie nastoletnim), zaleca się opracowane odpowiedniego planu leczenia przy wsparciu odpowiednich specjalistów. • Organizacja podkreśla, że kluczowym elementem skutecznej strategii porzucania palenia tytoniu jest skojarzenie edukacji, wsparcia behawioralnego oraz farmakoterapii. Przy czym, podczas planowania, warto wziąć pod uwagę czynniki osobnicze pacjenta, które wpływać mogą na szanse powodzenia terapii np. wiek, motywacja do rzucenia, poziom zależności od nikotyny). • Zgodnie z wytycznymi organizacji, edukacja w zakresie porzucenia palenia tytoniu powinna uwzględniać informacje nt.: ○ choroby jaką jest zależność od tytoniu; ○ powodów dla którego pacjenci odczuwają potrzebę palenia; ○ konsekwencji zdrowotnych palenia; ○ korzyści wynikających z porzucenia palenia tytoniu; ○ metod zarządzania i zapobiegania przewlekłej zależności od tytoniu; ○ narzędzi pomocy dostępnych dla palaczy. • Zgodnie z wytycznymi organizacji wsparcie behawioralne w zakresie porzucenia palenia tytoniu powinna uwzględniać: ○ identyfikację behawioralnych przyczyn palenia oraz długookresowych i natychmiastowych czynników stymulujących; ○ zwiększenie motywacji pacjenta do porzucenia palenia i zmniejszenie odczuwanego strachu w związku z zakończeniem palenia; ○ sposoby radzenia sobie z emocjami.

Organizacja	Treść rekomendacji
	• Zalecenia w zakresie leczenia farmakologicznego obejmują nikotynową terapię zastępczą. Powinna być dostępna w formie przezskórnej (plastry), doustnej (gumy, płatki, tabletki, inhalatory) oraz w niektórych krajach aerozolu do nosa. • Proces ograniczania palenia tytoniu powinien być ukierunkowany na całkowite zaprzestanie palenia tytoniu, przy czym: ○ były palacz to osoba paląca, która dobrowolnie zdecydowała się zaprzestać palenia tytoniu; ○ abstynencja powinna być monitorowana, o ile jest to możliwe, przy jednoczesnym monitorowaniu zawartości tlenu w wydychanym powietrzu. • W celach klinicznych, zaleca się przeprowadzenie wizyty po 6 tygodniach od wdrożenia leczenia, celem oceny postępów. Dodatkowo dopuszczalne są rutynowe wizyty kontrolne co 6 miesięcy celem oceny uzyskanego zaprzestania palenia tytoniu oraz wykrycia wczesnych objaw nawrotu uzależnienia. • Po rzuceniu palenia tytoniu możliwe jest wystąpienie nawrotu nałogu. Nawrót w wytycznych definiowany jest jako palenie ≥ 7 papierosów przez kolejne 7 dni lub 2 kolejne tygodnie. Z kolei zmniejszenie liczby wypalanych papierosów określa się jako redukcję palenia (ang. <i>lapse</i>, odstępienie). W efekcie po zaprzestaniu palenia, leczenie powinno zostać dopasowane do ryzyka nawrotu oraz pragnienia zapalenia. Kiedy występuje redukcja palenia tytoniu, następujące interwencje mogą zapobiec bądź leczyć nawrót nałogu: ○ zwiększenie intensywności terapii behawioralno-poznawczej w zakresie czasu, formy oraz liczby celem wsparcia leczenia; ○ wykorzystanie plastrów zawierających nikotynę. <u>Wytyczne w zakresie krótkiej porady antynikotynowej</u> • Wszyscy lekarze powinni zalecać porzucenie palenia tytoniu wszystkim palącym. Dowody naukowe wskazują, że porada antynikotynowa od lekarza może znacząco podwyższyć liczbę osób podejmujących próby porzucenia nałogu i uzyskujących abstynencję (poziom dowodów: A). • Efektywność krótkich porad antynikotynowych (3-5 minut), świadczonych przez lekarzy lub innych specjalistów w zakresie zdrowia, jest zadawalająca i pozwala zwiększyć odsetek pacjentów uzyskujących długoterminową abstynencję (Poziom dowodów: A). • Oferowanie wsparcia pacjentom decydującym się porzucić palenie tytoniu jest działaniem zalecanym (Poziom dowodów: B). • Organizacja wskazuje, że docelowy plan świadczenia omawianej interwencji powinien uwzględniać określone elementy. ○ Ocenę statusu palenia, u każdego pacjenta przy każdej wizycie. ○ Wsparcie dla wszystkich pacjentów, którzy pragną porzucić palenie tytoniu. ○ Zapewnienie pacjentom podejmującym próbę porzucenia tytoniu specjalistycznego poradnictwa. ○ Kiedykolwiek i gdziekolwiek jest to możliwe, należy skierować palaczy do wyspecjalizowanych ośrodków oferujących leczenie tego uzależnienia. ○ Osobom zależnym od tytoniu, którzy zdecydują się zaprzestać palenia, zaleca się stosowanie produktów nikotyno zastępczych lub leków na receptę. Dodatkowo należy także oferować im szczegółową edukację i poradnictwo nt. skuteczności terapii i konsultacji. • Wszyscy lekarze lub lekarze rodzinni powinni rutynowo zalecać palącym pacjentom, porzucenie tego nałogu. Należy oferować im w tym zakresie odpowiednie wsparcie oraz zalecać korzystanie z dostępnych leków wspierających dążenie do abstynencji tytoniowej. Zalecane jest uwzględnienie

Organizacja	Treść rekomendacji
	w dokumentacji medycznej zachowań pacjenta, o ile jest to konieczne, oraz skierowanie go na specjalistyczną terapię i konsultacje w tym zakresie (poziom dowodów: A). • Wszyscy lekarze rodzinni i pielęgniarki powinni zostać przeszkoleni w świadczeniu minimalnej interwencji wspierającej porzucenie palenia tytoniu. Docelowo powinni oni być gotowi do wspierania pacjenta w dążeniu do abstynencji, poprzez chociażby poinformowanie go o dostępnym leczeniu farmakologicznym (Poziom dowodów: A). • Palacze, którzy podejmują się wysiłku porzucenia palenia tytoniu przy użyciu wyłącznie pierwotnych działań (siła woli, wiara w otrzymane poradnictwo, farmakoterapie) w dalszej kolejności powinni zostać poddani specjalistycznemu leczeniu (poziom dowodów: C). • Podczas regularnych wizyt, lekarz ogólny jest zobligowany do zapytania pacjenta czy pali. Dodatkowo należy wdrożyć działania z zakresu diagnozy zależności od tytoniu, poradnictwo ukierunkowane na całkowite zaprzestanie palenia, przepisanie leków na zależność od nikotyny lub skierowanie do specjalistycznych poradni zajmujących się tym problemem. Działania te powinno realizować się raz do roku. Wszystkie podjęte działania powinny zostać odnotowane w historii zdrowia pacjenta (Poziom dowodów: A). • Kiedy jest to możliwe, obecni palacze którzy są poddawani hospitalizacji powinni uzyskać te same interwencje co pacjenci w systemie podstawowej opieki zdrowotnej: poradnictwo antynikotynowe, przepisanie leków pomocnych w leczeniu zależności od tytoniu, skierowanie do centrów pomocy palącym (Poziom dowodów: A). • Jednym z możliwych modeli świadczeni minimalnej interwencji antynikotynowej, pozostaje strategia 5A. Obejmuje ona następujące działania: ○ zapytaj (ang. ask) wszystkich pacjentów o ich status palenia; ○ poradź (ang. advice) palącym pacjentom aby porzucili swój nałóg; ○ oceń (ang. assess) gotowość do porzucenia palenia; ○ wspomóż (ang. assist) w próbie porzucenia nałogu, włączając w to poradnictwo behawioralne i przepisanie leków pierwszej linii wspierających porzucanie palenia; ○ zorganizuj (ang. arrange) wizyty kontrolne. • Zalecane jest ocena motywacji pacjentów do rzucenia palenia, po ich identyfikacji i przekazaniu porady, aby skończyli z nałogiem (Poziom dowodów: C). • Klinicyści powinni korzystać z motywacyjnych technik do zachęcania palaczy do porzucenia palenia tytoniu (poziom dowodów B). • Interwencje korzystające z technik motywacyjnych są uznawane za skuteczne w zakresie określania czy pacjent podejmie w przyszłości próby porzucenia nałogu. Jednakże wszystkich palaczy zależnych od tytoniu należy poddać wielostopniowemu leczeniu, niezależnie od poziomu ich motywacji (Poziom dowodów: C). • Kombinacja konsultacji i leczenia farmakologicznego jest bardziej efektywna w ograniczaniu palenia tytoniu, niż stosowanie ich samodzielnie. W efekcie, jeśli jest to możliwe i zasadne, leczenie powinno korzystać z obu interwencji jednocześnie (Poziom dowodów: A). • Istnieje silny związek między liczbą konsultacji, łączonych z farmakoterapią, a prawdopodobieństwem sukcesu w postaci wykształcenia się abstynencji tytoniowej. W efekcie klinicyści powinni zapewnić pacjentom kilka sesji konsultacyjnych (Poziom dowodów: A).

Organizacja	Treść rekomendacji
	• Z uwagi na fakt, że istnieje silna zależność między leczeniem farmakologicznym i czasem trwania sesji edukacyjnych, a skutecznością terapii mającej na celu rzucenie palenia, zalecane jest wprowadzenie zintensyfikowanych działań, o ile jest to w ogóle możliwe i zasadne (Poziom dowodów: A). • Lekarze powinni zachęcać wszystkich pacjentów do korzystania z leków, o udowodnionej skuteczności, do leczenia uzależnienia od tytoniu (Poziom dowodów: A). • Lekarze powinni zapewnić wszystkim palaczom podejmującym decyzję o rzuceniu palenia tytoniu możliwość skorzystania z leczenia w formie co najmniej 4 spotkań konsultacyjnych twarzą w twarz ze specjalistą. Dostępne są dowody popierające zasadność takiego działania (Poziom dowodów: A). <u>Zalecenia w zakresie wsparcia psychologicznego dla palaczy</u> • Zaleca się także aby wsparcie psychologiczne było integralną częścią procesu leczenia pacjentów zależnych od nikotyny (Poziom dowodów: A). • Terapia behawioralno-poznawcza powinna zostać uwzględniona w planowaniu wszelkich interwencji leczenia uzależnienia. Metoda ta jest skuteczna i prowadzi do zwiększenia szans zaprzestania palenia (Poziom dowodów: A). • Dwa typy konsultacji i terapii behawioralnej prowadzą do lepszych wyników w zakresie osiągania abstynencji: ○ zapewnienie palącym praktycznych konsultacji zakładających rozwiązywanie problemów i naukę nowych umiejętności; ○ zapewnienie wsparcia psychologicznego i interwencji motywacyjnych, jako elementu leczenia (Poziom dowodów: B). • Konsultacje psychologiczne powinny zostać uwzględnione w planie leczenia uzależnienia od tytoniu (Poziom dowodów: B). • Interwencje motywacyjne lub ich odpowiedniki, stosowane w zakresie konsultacji, mogą być efektywną metodą wspierania pacjenta w procesie porzucenia nałogu palenia tytoniu (Poziom dowodów: B). • Grupowe konsultacje są efektywne w zakresie porzucania nałogu palenia tytoniu. Uwzględnienie w planie leczenia wsparcia społecznego z grupy interwencyjnej i elementów terapii behawioralno-poznawczej nie wpływa znacząco na efektywność leczenia (Poziom dowodów: A). • Konsultacje w formacie grupowym są podobne do indywidualnych, jeśli chodzi o efektywność. Do pacjenta należy wybór preferowanej formy prowadzenia terapii (Poziom dowodów: B). • Istnieją pewne dowody, wskazujące na efektywność prowadzenia telefonicznego proaktywnego poradnictwa w zakresie ograniczania zjawiska palenia tytoniu. • Minimalna liczba konsultacji telefonicznych powinna wynosić 2 sesje. Doprowadzi to do zwiększenia odsetka osób rezygnujących z palenia. Co do większej liczby telefonów, dowody pozostają niejednoznaczne (Poziom dowodów: B). • Dla osób, które decydują się zaprzestać palenia tytoniu, zaleca się udostępnienie im wszelkich niezbędnych interwencji. • Obecnie nie ma dowodów sugerujących, że materiały samopomocowe generują większe korzyści niż standardowe, minimalne interwencje antynikotynowe (Poziom dowodów: B). • Materiały edukacyjne powinny być dopasowane do poszczególnych palaczy. Takie działanie gwarantuje ich wyższą skuteczność niż materiały ogólne. Występują jednak dowody sugerujące, że korzyści z takiej interwencji będą niskie (Poziom dowodów: B). • Dalsze badania są konieczne, aby możliwe było zalecenie interwencji antynikotynowych, świadczonych za pośrednictwem Internetu.

Organizacja	Treść rekomendacji
	- Brak jest obecnie dowodów które pozwoliłyby wytyczyć interwencje behawioralne przydatne w zapobieganiu nawrotom nałogu, u osób które osiągnęły abstynencję (Poziom dowodów: B). <u>Zalecenia w zakresie nikotynowej terapii zastępczej</u> - Nikotynowa terapia zastępcza pozostaje pierwszą linią leczenia uzależnienia od tytoniu u aktywnych palaczy, niezależnie od poziomu motywacji do podjęcia próby rezygnacji z nałogu (Poziom dowodów: A). - Nikotynowa terapia zastępcza może być także wykorzystywana jako czasowy środek do zmniejszenia nałogu, szczególnie wtedy gdy całkowite porzucenie palenia nie jest możliwe. - Wydłużenie stosowania nikotynowej terapii zastępczej powyżej 14 tygodni, może przyczynić się do zwiększenia prawdopodobieństwa uzyskania abstynencji tytoniowej (Poziom dowodów: A). - Obecne dowody wskazują, że długookresowe stosowanie nikotynowej terapii zastępczej może zapobiec nawrotom nałogu. Jednakże konieczne są dalsze badania w tej kwestii (Poziom dowodów: B). <u>Zalecenia w kontekście terapii niekonwencjonalnych</u> - Efektywność innych, niekonwencjonalnych terapii jak hipnoza, akupunktura, fitoterapia czy homeoterapia, nie została udowodniona. W efekcie eksperci odradzają stosowania takich terapii. - Bezpieczeństwo niekonwencjonalnych terapii jest na zadowalającym poziomie (nie stwarzają dla pacjenta żadnych zagrożeń). Jeśli pacjent wystąpi z żądaniem zastosowania u niego takich działań, lekarz może podjąć kroki w celu zniechęcenia go do ich zastosowania. Jednakże istotne jest aby lekarz nie zakazywał pacjentowi stosowania ich, gdyż może to prowadzić do odrzucenia przez niego rozwiązań z zakresu konwencjonalnej medycyny i sprawdzonych metod leczenia. - Kombinacje konwencjonalnych i niekonwencjonalnych metod leczenia uzależnień jest, w większości sytuacji, lepszym rozwiązaniem niż stosowanie wyłącznie technik niekonwencjonalnych. - Obecnie brak jest dostatecznej warstwy dowodowej aby jednoznacznie określić zagrożenia zdrowotne płynące ze stosowania e-papierosów (Poziom dowodów: B). - Nie ma dostatecznie warstwy dowodowej by jednoznacznie określić efektywność stosowania e-papierosów jako wsparcie pacjenta w porzucaniu nałogu palenia tytoniu (Poziom dowodów: B). <u>Inne zalecenia</u> - Lekarze powinni pytać młodzież poniżej 18 r.ż. o ich doświadczenia w zakresie palenia tytoniu. Powinni oni także przekazywać im jasne informacje nt. istotności utrzymania abstynencji od palenia (Poziom dowodów: C). - Wykazano, że konsultacje specjalistyczne są efektywną opcją zapobiegania uzależnieniom od tytoniu w populacji nastolatków (Poziom dowodów: B). - Dowody wskazują, że biernie palenie tytoniu jest szkodliwe dla dzieci i młodzieży. Wdrożenie poradnictwa antynikotynowego w połączeniu ze świadczeniami z zakresu pediatrii 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. W dalszej kolejności zaleca się przeprowadzenie u nich odpowiednich konsultacji, nacelowanych na całkowitą eliminację nałogu (Poziom dowodów: B).

Organizacja	Treść rekomendacji		
	Poziom dowodów	Jakość dowodów	Interpretacja
	A	Wysoka	Istnieje bardzo niskie prawdopodobieństwo, że dalsze badania wpłyną na pewność co do szacowanego efektu. Dany wniosek popiera kilka wysokiej jakości badań ze zgodnymi wynikami. W wyjątkowych sytuacjach: jedno duże badanie, wysokiej jakości badanie wielośrodkowe lub rekomendacja/stanowisko z wysoko cenionej międzynarodowej naukowej, medycznej lub państwowej organizacji
	B	Umiarkowana	Jest prawdopodobne, że dalsze badania wpłyną na pewność co do szacowanego efektu lub mogą zmienić ten efekt. Dany wniosek popiera jedno wysokiej jakości badanie lub kilka mniejszych z pewnymi ograniczeniami.
	C	Niska	Jest bardzo prawdopodobne, że dalsze badania wpłyną na pewność co do szacowanego efektu lub mogą zmienić ten efekt. Dany wniosek popiera jedno badanie z poważnymi ograniczeniami.
	D	Bardzo niska	Każde szacunki co do omawianej interwencji są niepewne. Dany wniosek popiera opinia eksperta. Może także występować brak dowodów w danym zakresie lub wiele badań z bardzo poważnymi ograniczeniami.
National Institute for Health and Care Excellence – NICE 2025 ⁴⁴	Metodologia: przegląd systematyczny z konsensusem ekspertów. Rekomendacje: <u>Zapobieganie paleniu tytoniu w szkołach</u> - Należy zapewnić interwencje w zakresie zapobiegania paleniu tytoniu w szkołach i innych placówkach edukacyjnych jako: - część lokalnej strategii ograniczania użycia tytoniu, - interwencje oparte na dowodach, - interwencje związane z polityką zakazu palenia w szkole lub placówce oświatowej, - zgodne z regionalnymi i krajowymi strategiami ograniczania użycia tytoniu, - zintegrowane z programem nauczania. <u>Polityka zakazu palenia w całej szkole lub organizacji</u> - Zaleca się opracowanie ogólnoszkolnej polityki antynikotynowej w porozumieniu z młodzieżą i personelem, przy uwzględnieniu:		

⁴⁴ National Institute for Health and Care Excellence (2025). Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence. Pozyskano z: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng209>, dostęp z 16.09.2025

Organizacja	Treść rekomendacji
	○ działań z zakresu profilaktyki palenia (prowadzonych przez dorosłych lub młodzież), ○ szkoleń i rozwoju pracowników, ○ potrzeb kulturowych, specjalnych potrzeb edukacyjnych lub fizycznych wobec dzieci i młodzieży (np. poprzez zapewnienie materiałów w alternatywnych formatach, takich jak zdjęcia, duży druk, alfabet brajla, audio i wideo). • Należy zapewnić politykę stanowiącą część szerszej strategii nauczania, dotyczącej dobrego samopoczucia, edukacji o związkach i relacjach, edukacji seksualnej, edukacji zdrowotnej oraz edukacji o narkotykach. • Należy zastosować politykę zakazu palenia w stosunku do wszystkich osób korzystających z obiektu (terenu i budynków). Nie należy zezwalać na wyznaczanie jakichkolwiek miejsc na terenie obiektu do palenia. • Zaleca się szerokie rozpowszechnianie tej polityki i zapewnienie do niej łatwego dostępu, aby każdy korzystający z lokalu był świadomy jej treści (obejmuje to udostępnienie wersji drukowanej). <u>Interwencje w szkołach prowadzone przez osoby dorosłe</u> • Należy włączyć do programu nauczania informację o skutkach zdrowotnych używania tytoniu, a także o prawnych, ekonomicznych i społecznych aspektach palenia (np. dyskusje w klasie na temat tytoniu mogą być istotne podczas nauczania przedmiotów takich jak biologia, chemia, wiedza o społeczeństwie, geografia, matematyka). • Zaleca się włączenie do programu nauczania dokładnych informacji o paleniu tytoniu, w tym o jego rozpowszechnieniu i konsekwencjach. Używanie tytoniu przez dorosłych i rówieśników powinno być omawiane i kwestionowane. Należy dążyć do: ○ rozwijania umiejętności podejmowania decyzji poprzez techniki aktywnego uczenia się, ○ wzmacniania poczucia własnej wartości i nieulegania presji na palenie ze strony mediów, członków rodziny, rówieśników i przemysłu tytoniowego. • W ramach programu nauczania dotyczącego nadużywania tytoniu, alkoholu i narkotyków 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. • Przy omawianiu e-papierosów należy wyjaśnić, dlaczego dzieci, młodzież i młodzi dorośli, którzy nie palą, powinni unikać e-papierosów, w taki sposób, aby nieświadomie nie wzbudzili w nich pożądania. • Należy zapewnić dodatkowe działania wspomagające edukację klasową na temat tytoniu do czasu zakończenia nauki. Działania te mogą obejmować szkolne targi zdrowia i wizyty gościnnych prelegentów. • Zaleca się zapewnienie interwencji w zakresie zapobiegania paleniu tytoniu przez nauczycieli i asystentów dydaktycznych wyższego szczebla, którzy są kompetentni w tej dziedzinie lub przez ekspertów zewnętrznych. W przypadku ekspertów zewnętrznych, powinni być przeszkoleni do pracy z dziećmi i młodzieżą w zakresie problematyki tytoniowej. Ww. interwencje powinny być: ○ zabawne, rzeczowe i interaktywne, ○ dostosowane do wieku i możliwości, ○ wrażliwe na pochodzenie rodzinne, kulturę i płeć,

Organizacja	Treść rekomendacji
	○ nieocenijające. • Należy zaangażować dzieci i młodzieży szkolną w projektowanie interwencji zapobiegających upowszechnianiu palenia tytoniu. • Organizacja rekomenduje zachęcanie rodziców i opiekunów do angażowania się w politykę antynikotynową (np. informowanie ich o pracach klasowych lub proszenie o pomoc w zadaniu domowym). <u>Interwencje rówieśnicze w szkołach</u> • Zaleca się prowadzenie przez rówieśników interwencji opartych na dowodach, mające na celu zapobieganie rozpoczęciu palenia. Powinny one: ○ być powiązane z odpowiednimi częściami programu nauczania, ○ być realizowane zarówno w klasie, jak i nieformalnie, poza klasą, ○ być prowadzone przez młodych ludzi wyznaczonych przez samych uczniów (liderzy rówieśniczy mogą być w tym samym lub starszym wieku), ○ dopilnować, by w trakcie programu liderzy rówieśniczy otrzymywali wsparcie od osób dorosłych posiadających odpowiednią wiedzę fachową, ○ zapewnić młodym ludziom możliwości rozważenia i w razie potrzeby, zakwestionowania norm rówieśniczych i rodzinnych dotyczących palenia tytoniu oraz zapewnić omówienie zagrożeń z nim związanych, a także korzyści wynikających z niepalenia. <u>Stosowanie produktów zawierających nikotynę objętych licencją medyczną</u> • Organizacja rekomenduje zwiększenie świadomości społecznej w zakresie szkodliwości palenia i biernego palenia. W tym celu ważne jest uświadomienie społeczeństwu, że palenie powoduje szereg chorób i schorzeń, w tym nowotwory, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc i choroby układu krążenia. • Należy przedstawiać informacje o tym, jak osoby palące mogą zmniejszyć ryzyko choroby i śmierci (dla siebie i innych) poprzez stosowanie 1 lub więcej produktów medycznych zawierających nikotynę, dopuszczonych do obrotu medycznego. Należy wyjaśnić, że mogą one być stosowane jako częściowy lub całkowity substytut tytoniu, czasowo lub długoterminowo. • Należy przedstawić następujące informacje na temat nikotyny: ○ palenie jest wysoce uzależniające, głównie dlatego, że dostarcza nikotynę bardzo szybko do mózgu, co sprawia, że rzucenie palenia jest trudne, ○ większość problemów zdrowotnych związanych z paleniem jest spowodowana innymi składnikami dymu tytoniowego, a nie nikotyną, ○ poziom nikotyny w licencjonowanych przez medycynę produktach zawierających ten związek jest znacznie niższy niż w tytoniu, a sposób dostarczania sprawia, że są one mniej uzależniające niż palenie. • Należy przedstawić następujące informacje o skuteczności i bezpieczeństwie leczniczych produktów zawierających nikotynę: ○ wszelkie ryzyko związane ze stosowaniem produktów zawierających nikotynę, dopuszczonych do obrotu medycznego, jest znacznie mniejsze niż ryzyko związane z paleniem tytoniu (w badaniach wykazano, że NTZ są bezpieczne w stosowaniu przez co najmniej 5 lat), ○ dożywotnie stosowanie produktów zawierających nikotynę medyczną jest prawdopodobnie znacznie mniej szkodliwe niż palenie papierosów. • Zaleca się udzielanie informacji na temat stosowania dopuszczonych do obrotu medycznego produktów zawierających nikotynę, w tym:

Organizacja	Treść rekomendacji
	○ jakie są postaci leku i gdzie są dostępne, ○ jak je skutecznie wykorzystać podczas próby rzucenia lub ograniczenia palenia, ○ długotrwałe stosowanie w celu zmniejszenia ryzyka nawrotu choroby, ○ wskazanie kosztów leczenia w porównaniu z paleniem. <u>Promowanie wsparcia w zakresie rzucania palenia</u> • Zaleca się koordynowanie strategii komunikacyjnych w celu dostarczania wsparcia w zakresie rzucania palenia, telefonicznych linii rzucania palenia, interwencji w szkołach, zmian w polityce kontroli tytoniu i wszelkich innych działań mających na celu pomoc w zaprzestaniu palenia. • Opracowanie i realizacja strategii komunikacyjnych dotyczących zaprzestania palenia we współpracy z NHS (ang. <i>National Health Service</i>), władzami krajowymi, regionalnymi i lokalnymi oraz organizacjami pozarządowymi powinno obejmować: ○ korzystanie z najlepszych dostępnych dowodów skuteczności, takich jak przeglądy Cochrane, ○ opracowania z wykorzystaniem badań publiczności, ○ komunikaty „dlaczego” i „jak” przestać, które są pozbawione osądzania oraz pełne empatii i szacunku (np. wykorzystanie świadectwa osób, które pałą lub paliły w przeszłości), ○ zaangażowanie aptek środowiskowych w lokalne kampanie i utrzymywanie więzi z innymi grupami zawodowymi, takimi jak dentyści, straż pożarna i grupy wolontariuszy, ○ zapewnienie, że kampanie są wystarczająco inkluzyjne i adaptowalne. • Należy zastanowić się nad ukierunkowaniem i dostosowaniem kampanii do grup, których dane epidemiologiczne wskazują jako na mające wyższe niż przeciętne lub utrzymujące się na danym poziomie wskaźniki palenia. • Należy udostępnić pracownikom (w miejscu pracy) i uczniom informacje o lokalnej pomocy w rzuceniu palenia. W tym celu należy zawrzeć szczegóły dotyczące rodzaju dostępnej pomocy oraz czasu, miejsca i sposobu dostępu do usług. • Jeśli jest to możliwe i istnieje wystarczające zapotrzebowanie, należy zapewnić wsparcie w rzucaniu palenia na miejscu (w szkole, w pracy). • Należy umożliwić pracownikom uczestnictwo w programach pomocy w rzuceniu palenia w godzinach pracy bez utraty wynagrodzenia. • Należy wynegocjować politykę zakazu palenia w miejscu pracy z pracownikami lub ich przedstawicielami. Powinna ona: ○ zawierać jasne informacje czy przerwy na palenie mogą odbywać się w czasie godzin pracy, a jeśli tak, to gdzie, jak często i na jak długo, ○ włączyć politykę powstrzymywania się od palenia, opracowaną we współpracy z pracownikami i ich przedstawicielami, ○ kierować osoby chcące rzucić palenie do lokalnej poradni antynikotynowej. • Należy zachęcać pracodawców do udzielania porad, wskazówek i wsparcia pracownikom, którzy chcą rzucić palenie. <u>Promowanie wsparcia w zaprzestaniu używaniu tytoniu bezdymnego</u> • Należy współpracować z istniejącymi inicjatywami społecznymi, aby zwiększyć świadomość na temat lokalnych usług związanych z zaprzestaniem palenia tytoniu oraz sposobem dostępu do nich. Należy upewnić się, że wszelkie materiały wykorzystywane do podnoszenia świadomości na temat

Organizacja	Treść rekomendacji
	usług: ○ stosują nazwy, pod którymi lokalnie znane są wyroby tytoniowe bezdymne, a także określenie jako "tytoń bezdymny", ○ podają informacje o zagrożeniach dla zdrowia związanych z bezdymnym tytoniem oraz o dostępności usług pomagających w rzuceniu palenia, ○ podważają postrzegane korzyści oraz względny priorytet, jaki użytkownicy mogą nadać tym korzyściom (w porównaniu z zagrożeniami dla zdrowia), ○ odpowiadają na potrzeby osób, których pierwszym językiem nie jest język urzędowy (poprzez zapewnienie tłumaczeń), ○ zaspokajają szereg potrzeb komunikacyjnych poprzez dostarczanie materiałów w alternatywnych formatach, na przykład obrazków, dużego druku, językiem brajla, audio i wideo, ○ omawiają pojęcie uzależnienia w sposób wrażliwy na kulturę i religię, ○ nie stygmatyzują użytkowników bezdymnych wyrobów tytoniowych w ich własnej społeczności lub w oczach ogółu społeczeństwa. • Należy zwiększyć świadomość wśród osób pracujących z dziećmi i młodzieżą na temat używania bezdymnego tytoniu, poprzez: ○ dostarczanie nauczycielom informacji na temat szkodliwości tytoniu bezdymnego, ○ zachęcanie nauczycieli do omawiania z uczniami powodów, dla których ludzie używają bezdymnego tytoniu (np. w ramach edukacji antynarkotkowej lub w ramach innej odpowiedniej części programu nauczania). <u>Polityka antynikotynowa</u> • Należy opracować politykę dotyczącą miejsc wolnych od dymu tytoniowego. Polityka ta powinna: ○ wyznaczyć jasne ramy czasowe dla ustanowienia lub przywrócenia terenów wolnych od dymu tytoniowego, ○ określić role i obowiązki personelu, ○ zakazać personelowi nadzorowania lub pomagania w robieniu przerw na palenie, ○ określić zasoby niezbędne do wspierania polityki, ○ zakazywać sprzedaży wyrobów tytoniowych, ○ podlegać okresowemu przeglądowi i aktualizacji, zgodnie z wszystkimi innymi politykami organizacyjnymi. • Należy zapewnić, że plany wdrażania zakazu palenia obejmują: ○ wsparcie dla pracowników i osób korzystających z usług opieki specjalistycznej w celu całkowitego lub czasowego zaprzestania palenia, ○ szkolenia dla personelu, ○ usuwanie palarni oraz innych wyznaczonych miejsc do palenia, ○ umowy z pracownikami, wykonawcami i wolontariuszami, które nie zezwalają na palenie w godzinach pracy, ○ współpracę pracowników opieki specjalistycznej z osobami korzystającymi z usług i opiekunami, aby chronić się przed dymem tytoniowym

Organizacja	Treść rekomendacji
	podczas wizyt, ○ pomoc w przestrzeganiu i natychmiastowym rozwiązywaniu wszelkich naruszeń polityki antynikotynowej, w tym procesu zgłaszania incydentów przez pracowników, ○ wspieranie pracowników w zachęcaniu innych do przestrzegania zasad zakazu palenia, ○ współpracę z osobami korzystającymi z usług, opiekunami, odwiedzającymi i personelem w celu przezwyciężenia wszelkich problemów, które mogą wynikać z ograniczeń palenia. • Należy upewnić się, że wszyscy pracownicy są świadomi polityki antynikotynowej i jej przestrzegają. • Należy opracować, dostarczać i utrzymywać strategię informacyjną dotyczącą wymogów lokalnej polityki antynikotynowej. Może to 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. Należy również uwzględnić: ○ jasne, spójne komunikaty o potrzebie utrzymywania budynków wolnych od dymu tytoniowego, ○ pozytywne przesłanie dotyczące korzyści zdrowotnych płynących z otoczenia wolnego od dymu tytoniowego, ○ fakt, że pracownicy ochrony zdrowia i opieki społecznej mają obowiązek zapewnić bezpieczne, zdrowe środowisko dla personelu i osób, które korzystają z ich usług, ○ informacje o pomocy w rzuceniu palenia i sposobie dostępu do usług, w tym do pomocy w tymczasowym rzuceniu palenia, dla personelu i pacjentów, ○ fakt, że personelowi nie wolno palić w żadnym momencie w godzinach pracy. • Należy włączyć zarządzanie paleniem do planu opieki nad osobami, które palą w instytucjach zamkniętych (zamknięte oddziały zdrowia psychicznego, ośrodki deportacyjne i miejsca zatrzymań, a także miejsca takie jak oddziały zdrowia psychicznego do długotrwałego pobytu i jednostki wojskowe). • Należy opracować politykę zapewniającą skuteczne interwencje w zakresie rzucania palenia i promowanie ich w więzieniach, placówkach wojskowych i ośrodkach opieki zdrowotnej o długim okresie pobytu. • Należy wyraźnie zaznaczyć w lokalnej strategii antynikotynowej, że osoby pracujące w opiece specjalistycznej powinny: ○ przekazywać kluczowe informacje na temat szkodliwości palenia tytoniu wszystkim osobom korzystającym z usług, ○ opracować politykę wsparcia pacjentów w rzuceniu palenia, ○ zidentyfikować osoby, które chcą rzucić palenie i w razie potrzeby skierować je do specjalisty ds. rzucania palenia, ○ wdrożyć kompleksową politykę antynikotynową, która obejmuje cały teren zakładu. • Zaleca się opracowanie lokalnej ścieżki opieki nad osobami rzucającymi palenie i procedurę ich kierowania do dalszych ośrodków, aby zapewnić ciągłość opieki między opieką podstawową, środowiskową i specjalistyczną. • Towarzystwo rekomenduje nadanie priorytetu grupom o wysokim ryzyku wystąpienia szkód związanych z paleniem tytoniu. Mogą one obejmować:

Organizacja	Treść rekomendacji
	○ osoby z zaburzeniami psychicznymi, ○ osoby nadużywające substancje, ○ osoby z chorobami zdrowotnymi spowodowanymi lub pogorszonymi przez palenie, ○ osoby z chorobą związaną z paleniem, ○ populacje o wysokiej zachorowalności związanej z paleniem lub o szczególnie wysokiej podatności na szkody, ○ społeczności lub grupy o szczególnie wysokiej częstotliwości palenia, ○ osoby o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, ○ kobiety w ciąży, które palą papierosy. • Zaoferowanie wsparcia pracodawcom, którzy chcą pomóc swoim pracownikom w rzuceniu palenia. • Należy zapewnić specyfikację usług aby: ○ wszyscy pracownicy byli przeszkoleni w zakresie udzielania porad dotyczących rzucania palenia i kierowania do wsparcia behawioralnego, ○ odpowiedni personel podejmował regularny ciągły rozwój zawodowy w zakresie tego, jak zapewnić wsparcie behawioralne w celu zaprzestania palenia. • Należy monitorować wdrażanie zaleceń dla usług opieki specjalistycznej, poprzez rejestrowanie: ○ indywidualnego statusu palenia (w tym dla kobiet w ciąży w momencie porodu), ○ liczby skierowań, ○ liczby i sposobów podjętych interwencji, ○ przepisywanych farmakoterapii wspomagających rzucanie palenia, ○ 4-tygodniowych wskaźników rzucania palenia, ○ szkoleń pracowników. • Należy zapewnić pracownikom opieki specjalistycznej wystarczających zasobów do utrzymania polityki wolnej od dymu tytoniowego. • Należy zapewnić, że ścieżki w placówkach opieki specjalistycznej obejmują: ○ identyfikację osób palących, ○ udzielanie porad dotyczących prawdopodobnych powikłań związanych z paleniem, ○ udzielanie porad w zakresie rzucania palenia, ○ proaktywne kierowanie osób do pomocy w rzuceniu palenia. • Dyrektorzy i kierownicy placówek opieki wtórnej prowadzący wsparcie w zakresie rzucania palenia powinni wyznaczyć dyrektora klinicznego lub

Organizacja	Treść rekomendacji
	medycznego do prowadzenia wsparcia w zakresie rzucania palenia dla osób korzystających lub pracujących w placówkach opieki zdrowotnej. Oprócz wskazanych wyżej zadań, wyznaczony lider powinien zapewnić: ○ że organizacja posiada roczny program poprawy wsparcia w zakresie rzucania palenia (dla pacjentów i pracowników), ○ promowanie i skuteczne komunikowanie wsparcia w zakresie rzucania palenia (dla pacjentów i personelu), ○ jakość wsparcia w zakresie rzucania palenia stale się poprawia, ○ wszystkim pracownikom monitorowanie wyników i informacje zwrotne na temat rezultatów. • Należy zapewnić istnienie systemów konsekwentnego rejestrowania i utrzymywania zapisów dotyczących statusu palenia. Wszystkie rejestry pacjentów powinny: ○ stanowić zachętę do działania (w tym skierowania do pomocy w rzuceniu palenia), ○ być przechowywane dla łatwego dostępu i audytu. • Należy upewnić się, że istnieje solidny system (najlepiej elektroniczny) wspierający ciągłość opieki. • Należy ustalić cele dla usług związanych z rzucaniem palenia, w tym liczbę osób korzystających z tych usług i odsetek osób, które z powodzeniem rzuciły palenie. Cele wydajności powinny obejmować: ○ leczenie co najmniej 5% szacowanej populacji lokalnej, która pali rocznie, ○ osiągnięcie wskaźnika zaprzestania palenia na poziomie co najmniej 35% w 4-tym tygodniu, na podstawie wszystkich osób rozpoczynających leczenie i definiujących sukces jako niepalenie (potwierdzone monitorowaniem tlenu węgla w wydychanym powietrzu) w czwartym tygodniu od daty rzucenia palenia. • Powinno się sprawdzać deklarowaną przez pacjenta abstynencję od palenia za pomocą testu na obecność tlenu węgla. Sukces definiowany jest jako mniej niż 10 części na milion (ppm) tlenu węgla w wydychanym powietrzu w czasie 4 tygodni po rzuceniu palenia. Nie oznacza to, że leczenie należy przerwać po 4 tygodniach. • Należy rutynowo i niezależnie monitorować dane dotyczące wydajności usług związanych z rzucaniem palenia. Powinno się udostępniać te wyniki publicznie. • W ramach monitorowania realizacji wsparcia w rzucaniu palenia, można określić: ○ liczbę osób korzystających z usług (dla porównania z liczbą osób korzystających z usług przed zaoferowaniem opcji redukcji szkód), ○ klasyfikację stosowanych podejść do ograniczania szkód, ○ charakterystykę osób korzystających z usług (np. dane demograficzne, używanie papierosów, poziom uzależnienia i wcześniejsze próby zaprzestania palenia), ○ rodzaj i ilość produktów zawierających nikotynę, wydawanych lub przepisywanych na lub bez recepty, ○ liczbę osób, które ustaliły datę zaprzestania palenia.

Organizacja	Treść rekomendacji
	<u>Szkolenia w zakresie leczenia uzależnienia od tytoniu</u> • Zaleca się przeszkolenie całego personelu medycznego pierwszej linii do udzielania krótkich porad na temat rzucania palenia. Należy również przeszkolić personel w zakresie wystawiania skierowań do instytucji specjalistycznych. • Towarzystwo rekomenduje zapewnienie dodatkowych, specjalistycznych szkoleń w zakresie udzielania wsparcia w rzucaniu palenia dla osób pracujących ze specyficznymi grupami, na przykład osobami z zaburzeniami psychicznymi i palącymi kobietami w ciąży. • Należy zachęcać i szkolić personel, aby pytał pacjentów o palenie i doradzał im o zagrożeniach związanych z narażeniem na bierne palenie. • Należy zapewnić, że personel pracujący w instytucjach zamkniętych zdaje sobie sprawę z tego, że niektórzy ludzie postrzegają palenie jako integralną część swojego życia. Personel powinien również rozpoznawać problemy wynikające z bycia zmuszonym do rzucenia palenia. • Personel medyczny powinien umieć zapewnić wsparcie potrzebne w danej sytuacji. Obejmuje to przepisywanie lub dostarczanie produktów zawierających nikotynę. • Personel powinien rozumieć, że jeśli ktoś zmniejszy ilość palenia lub całkowicie przestanie, może mieć to wpływ na leki psychotropowe i inne leki. • Wszystkie położne powinny zostać przeszkolone w zakresie oceny i rejestrowania statusu osób palących oraz ich gotowości do rzucenia palenia. Powinny one również: ○ wiedzieć o zagrożeniach dla zdrowia związanych z paleniem i korzyściach wynikających z rzucenia palenia, ○ zrozumieć, dlaczego trudno jest przestać palić, ○ wiedzieć o sposobach leczenia, które mogą pomóc w rzuceniu palenia, w tym o nikotynowej terapii zastępczej, ○ wiedzieć, jak skierować osoby palące do lokalnych ośrodków. • Oprócz położnych, do personelu odpowiedzialnego za wsparcie w rzucaniu palenia u kobiet ciężarnych są: lekarze rodzinni, pielęgniarki, pielęgniarki środowiskowe i rodzinne, ginekolodzy, pediatrzy, osoby pracujące w klinikach leczenia niepłodności, placówkach stomatologicznych i aptekach środowiskowych oraz osoby pracujące w służbach zajmujących się młodzieżą i ciążą u nastolatków, ośrodkach dla dzieci, opiece społecznej oraz organizacjach. • Położne i wyspecjalizowani doradcy ds. zaprzestania palenia, którzy pracują z kobietami w ciąży, powinni: ○ wiedzieć, jak zadawać im pytania w sposób, który zachęca ich do otwartości w kwestii palenia, ○ zawsze zalecać rzucanie palenia, a nie ograniczanie, ○ przejść akredytowane szkolenie w zakresie obsługi monitorowania tlenu węgla.

Organizacja	Treść rekomendacji												
American Academy of Family Physicians – AAFP 2023 ⁴⁵	Metodologia: konsensus ekspertów.												
	Rekomendacje:												
	- W celu ustanowienia w praktyce medycyny rodzinnej, kultury wspierającej powszechne badania przesiewowe i interwencje w zakresie używania alkoholu, i innych substancji uzależniających, zaleca się np.: - upewnić się, że czasopisma w gabinetach lekarskich i poczekalniach nie zawierają reklam alkoholu ani innych substancji, - umieścić w całym gabinecie wskazówki wizualne (np. plakaty, broszury), które promują rzucanie palenia, podkreślają ryzyko związane z używaniem marihuany i zachęcają pacjentów do rozmowy z lekarzem na temat używania alkoholu i/lub innych substancji. - edukować cały personel, oferując szkolenia (np. wykłady, warsztaty, szkolenia w miejscu pracy) w zakresie badań przesiewowych w kierunku alkoholu i krótkiej interwencji, rzucania palenia i motywujących wywiadów. Można również zapewnić punkty za kształcenie ustawiczne i inne zachęty do udziału. - Najważniejszym aspektem działań wspierających badania przesiewowe, krótkie interwencje i skierowanie na leczenie w zakresie używania alkoholu i innych substancji uzależniających jest skłonienie całego personelu i pacjentów do myślenia i rozmowy na ten temat.												
	<u>Rekomendowane narzędzia przesiewowe w kierunku używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych:</u>												
	<table><tr><th>Rodzaj substancji</th><th>Narzędzie (kwestionariusz)</th><th>Opis</th></tr><tr><td>Używanie substancji psychoaktywnych ogółem</td><td>TAPS (ang. <i>Tobacco, Alcohol, Prescription medication and other Substance use</i>)</td><td>Narzędzie przesiewowe w dwóch etapach: TAPS-1 i TAPS-2. TAPS-1 obejmuje 4 pytania i bada używanie substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Pozytywny wynik TAPS-1 wymaga dalszej oceny za pomocą TAPS-2 w celu zidentyfikowania używania konkretnych substancji w ciągu ostatnich 3 miesięcy i określenia stopnia ich użycia.</td></tr><tr><td rowspan="3">Alkohol</td><td>SASQ (ang. <i>Single Alcohol Screening Question</i>)</td><td>Pojedyncze pytanie przesiewowe w kierunku nadmiernego spożycia alkoholu: „Ile razy w ciągu ostatniego roku wypileś X lub więcej drinków dziennie?” (X = 4 dla kobiet i 5 dla mężczyzn).</td></tr><tr><td>USAUDIT (ang. <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>)</td><td>Narzędzie składające się z 10 pytań, służące do oceny spożycia alkoholu i związanych z nim konsekwencji.</td></tr><tr><td>USAUDIT-C (ang. <i>Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption</i>)</td><td>Narzędzie składające się z 3 pytań, służące do oceny częstotliwości i ilości spożywanego alkoholu.</td></tr></table>	Rodzaj substancji	Narzędzie (kwestionariusz)	Opis	Używanie substancji psychoaktywnych ogółem	TAPS (ang. <i>Tobacco, Alcohol, Prescription medication and other Substance use</i>)	Narzędzie przesiewowe w dwóch etapach: TAPS-1 i TAPS-2. TAPS-1 obejmuje 4 pytania i bada używanie substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Pozytywny wynik TAPS-1 wymaga dalszej oceny za pomocą TAPS-2 w celu zidentyfikowania używania konkretnych substancji w ciągu ostatnich 3 miesięcy i określenia stopnia ich użycia.	Alkohol	SASQ (ang. <i>Single Alcohol Screening Question</i>)	Pojedyncze pytanie przesiewowe w kierunku nadmiernego spożycia alkoholu: „Ile razy w ciągu ostatniego roku wypileś X lub więcej drinków dziennie?” (X = 4 dla kobiet i 5 dla mężczyzn).	USAUDIT (ang. <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>)	Narzędzie składające się z 10 pytań, służące do oceny spożycia alkoholu i związanych z nim konsekwencji.	USAUDIT-C (ang. <i>Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption</i>)
Rodzaj substancji	Narzędzie (kwestionariusz)	Opis											
Używanie substancji psychoaktywnych ogółem	TAPS (ang. <i>Tobacco, Alcohol, Prescription medication and other Substance use</i>)	Narzędzie przesiewowe w dwóch etapach: TAPS-1 i TAPS-2. TAPS-1 obejmuje 4 pytania i bada używanie substancji psychoaktywnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Pozytywny wynik TAPS-1 wymaga dalszej oceny za pomocą TAPS-2 w celu zidentyfikowania używania konkretnych substancji w ciągu ostatnich 3 miesięcy i określenia stopnia ich użycia.											
Alkohol	SASQ (ang. <i>Single Alcohol Screening Question</i>)	Pojedyncze pytanie przesiewowe w kierunku nadmiernego spożycia alkoholu: „Ile razy w ciągu ostatniego roku wypileś X lub więcej drinków dziennie?” (X = 4 dla kobiet i 5 dla mężczyzn).											
	USAUDIT (ang. <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>)	Narzędzie składające się z 10 pytań, służące do oceny spożycia alkoholu i związanych z nim konsekwencji.											
	USAUDIT-C (ang. <i>Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption</i>)	Narzędzie składające się z 3 pytań, służące do oceny częstotliwości i ilości spożywanego alkoholu.											

⁴⁵ American Academy of Family Physicians (2023). Addressing Alcohol and Other Substance Use. Practice manual. Pozyskano z: <https://www.mdafp.org/assets/files/pdfs/Alcohol%20Practice%20Manual%202023.pdf>, dostęp z 16.09.2025

Organizacja	Treść rekomendacji		
	Leki/narkotyki	Proste pytanie o leki/narkotyki	Narzędzie przesiewowe składające się z jednego pytania dotyczącego używania narkotyków: „Ile razy w ciągu ostatniego roku używałeś/aś [narkotyków rekreacyjnych] lub leków na receptę z przyczyn niemedycznych?”.
		DAST (ang. <i>Drug Abuse Screening Test</i>)	Narzędzie składające się z 10, 20 lub 28 pytań, służące do identyfikacji konsekwencji związanych z używaniem narkotyków w celach rekreacyjnych. Wielu lekarzy preferuje wersję 10-elementową (DAST-10) ze względu na jej zwiezłość.
	Specjalna populacja	Narzędzie (kwestionariusz)	Opis
	Młodzież (12-17 lat)	CRAFFT (ang. <i>Car, Relax, Alone, Forget, Family/Friends, Trouble</i>)	Narzędzie przesiewowe do badania używania alkoholu, tytoniu i narkotyków rekreacyjnych, zawierające również dodatkowe pytania dotyczące używania tytoniu i nikotyny.
		S2BI (ang. <i>Screening to Brief Intervention</i>)	7-pytaniowe narzędzie do badania przesiewowego w zakresie używania alkoholu, tytoniu i narkotyków rekreacyjnych.
	- Organizacja wskazuje, że po przebadaniu pacjenta i stwierdzeniu, że pije on alkohol w nadmiernych ilościach i/lub używa innych substancji, ważne jest, aby przejść do kolejnego kroku, czyli podjąć odpowiednią interwencję. Nawet krótka sesja terapeutyczna może pomóc pacjentom skutecznie zmienić wzorce używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. - Najważniejszą cechą każdej krótkiej interwencji jest wykorzystanie bezstronnego, zorientowanego na pacjenta stylu komunikacji. Celem nie jest nakłonienie pacjenta do zmiany, lecz nakierowanie go na samodzielne określenie celów, które chce osiągnąć. - Dialog motywacyjny to ukierunkowane na cel doradztwo, którego celem jest motywacja do zmiany zachowania i pomoc pacjentom w przejściu przez kolejne etapy zmiany. Obejmuje on następujące elementy: - pytania otwarte, - potwierdzenia, - słuchanie refleksyjne, - podsumowania. - Interwencja motywacyjna „5 R” opisana w poniższej tabeli może być użytecznym sposobem inspirowania do zmiany osób, które używają alkoholu i/lub innych substancji i niechętnie z nich rezygnują.		
	Znaczenie ang. <i>Relevance</i>	Zapytaj pacjenta, dlaczego ograniczenie spożycia alkoholu lub zaprzestanie jego spożywania i/lub innych substancji jest dla niego istotne. Na przykład, czy miał on ostatnio problemy zdrowotne, takie jak zawał serca lub krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego?	
	Ryzyko	Poproś pacjenta o wymienienie negatywnych skutków spożywania alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych. Mogą	

Organizacja	Treść rekomendacji	
	ang. <i>Risks</i>	one obejmować zagrożenia krótkoterminowe, długoterminowe oraz szkody dla zdrowia i relacji.
	Nagrody ang. <i>Rewards</i>	Poproś pacjenta o wymienienie korzyści płynących z ograniczenia spożycia alkoholu lub zaprzestania jego spożywania i/lub innych substancji. Mogą to być: lepsze zdrowie, oszczędzanie pieniędzy, dawanie dobrego przykładu lub wyższa samoocena.
	Blokady drogowe ang. <i>Roadblocks</i>	Poproś pacjenta o wskazanie barier utrudniających ograniczenie spożycia alkoholu lub zaprzestanie jego spożywania i/lub innych substancji. Porozmawiaj o sposobach radzenia sobie z tymi barierami. Na przykład, jeśli pacjent martwi się objawami odstawienia lub głodem alkoholowym, możesz złagodzić jego obawy, opisując mu dostępne opcje leczenia i kierując go do specjalisty zajmującego się leczeniem środowiskowym, który może pomóc w radzeniu sobie z tymi objawami.
	Powtórzenie ang. <i>Repetition</i>	Zespół opieki zdrowotnej powinien regularnie monitorować stan pacjenta, pamiętając, że ograniczenie spożycia alkoholu lub zaprzestanie jego spożywania i/lub innych substancji może wymagać podjęcia kilku prób, zwłaszcza w przypadku pacjentów z zaburzeniami zdrowia psychicznego
	Innym sposobem przeprowadzenia krótkiej interwencji w przypadku używania alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych może być interwencja „5 A” opisana poniżej.	
	Zapytaj ang. <i>Ask</i>	Stosując sprawdzone narzędzia przesiewowe, pytaj, identyfikuj i dokumentuj status każdego pacjenta dotyczący spożywania alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, co najmniej raz w roku. Poproś pacjenta o zgodę na rozmowę na temat spożywania alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych, wyjaśniając, że Twoją rolą jest zrozumienie jego celów i pomoc w ich osiągnięciu.
	Poradź ang. <i>Advise</i>	Udzielaj porad w sposób obiektywny. Przekaż informacje o wyniku pacjenta w narzędziu przesiewowym i wszelkich powiązaniach z jego problemami zdrowotnymi, a także informacje o ogólnych problemach zdrowotnych związanych z używaniem alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych. Porady powinny być udzielane z inicjatywy pacjenta, a nie lekarza.
	Oceń ang. <i>Assess</i>	Oceń, co pacjent myśli o udostępnionych przez Ciebie informacjach dotyczących zdrowia. Poproś pacjenta o ocenę tego, co mu się podoba, a co nie w jego spożyciu alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych. Określ, czy pacjent jest gotowy na zmiany.
	Wspieraj ang. <i>Assist</i>	W przypadku pacjentów gotowych na zmiany, pomóż im w opracowaniu spersonalizowanego planu. Omów, jakie zmiany chcieliby wprowadzić. Pomóż w skierowaniu na terapię lub dodatkowe leczenie behawioralne i w razie potrzeby przepisuj leki. W przypadku pacjentów, którzy niedawno ograniczyli spożycie alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych, a także pacjentów, którzy mają trudności z utrzymaniem abstynencji, należy zapewnić działania zapobiegające nawrotom, w tym leki w razie potrzeby.
	Zorganizuj ang. <i>Arrange</i>	Zorganizuj dalsze działania. Dalsze działania mogą obejmować sprawdzanie postępów w realizacji celów wyznaczonych przez pacjenta, prowadzenie bieżących rozmów na temat ryzyka związanego z używaniem alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych, wyznaczanie nowych celów i zarządzanie lekami.
	Metodologia: przegląd systematyczny z oceną siły rekomendacji wg metodologii wypracowanej przez USPSTF. Rekomendacje:	

Organizacja	Treść rekomendacji														
US Preventive Services Task Force – USPSTF 2021⁴⁶	- USPSTF zaleca, aby klinicyści pytali wszystkich dorosłych o używanie tytoniu, doradzali im zaprzestanie używania tytoniu oraz zapewnili interwencje behawioralne i farmakoterapię zatwierdzonej przez Amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków (FDA) w celu zaprzestania palenia tytoniu osobom dorosłym bez ciąży, które używają tytoniu (stopień rekomendacji: A). - Organizacja zaleca, aby lekarze pytali wszystkie ciężarne kobiety o używanie tytoniu, doradzali im zaprzestania palenia tytoniu oraz zapewnili interwencje behawioralne w celu zaprzestania palenia tytoniu kobietom w ciąży, które używają tytoniu (stopień rekomendacji: A). - Organizacja stwierdza, że obecne dowody są niewystarczające, aby ocenić bilans korzyści i szkód interwencji farmakoterapeutycznych w celu zaprzestania palenia tytoniu u osób w ciąży (stopień rekomendacji: I). - Organizacja stwierdza, że obecne dowody są niewystarczające, aby ocenić bilans korzyści i szkód związanych z papierosami elektronicznymi (e-papierosami) jako środkiem w celu zaprzestania palenia tytoniu u osób dorosłych, w tym ciężarnych. USPSTF zaleca lekarzom, aby kierowali pacjentów używających tytoniu do innych interwencji mających na celu zaprzestanie palenia tytoniu o udowodnionej skuteczności i ustalonym bezpieczeństwie (stopień rekomendacji: I). <table> <tr> <th colspan="2">Skala USPSTF</th></tr> <tr> <td>A</td><td>Organizacja rekomenduje tę interwencję. Istnieje duża pewność, że korzyść netto jest znacząca.</td></tr> <tr> <td>B</td><td>Organizacja rekomenduje tę interwencję. Istnieje duża pewność, że korzyść netto jest umiarkowana lub umiarkowana pewność, że korzyść netto jest umiarkowana do znacznej.</td></tr> <tr> <td>C</td><td>Organizacja zaleca selektywne oferowanie lub świadczenie tej interwencji poszczególnym pacjentom w oparciu o profesjonalny osąd i preferencje pacjenta. Istnieje co najmniej umiarkowana pewność, że korzyść jest niewielka.</td></tr> <tr> <td>D</td><td>Organizacja odradza daną interwencję. Istnieje umiarkowana lub duża pewność, że usługa nie przynosi korzyści netto lub że szkody przeważają nad korzyściami.</td></tr> <tr> <td>I</td><td>Organizacja stwierdza, że dostępne dowody są niewystarczające do oceny równowagi korzyści i szkód interwencji. Brak dowodów, dowody niskiej jakości lub sprzeczne, bilans korzyści i szkód nie może być określony.</td></tr> <tr> <td>I-HB</td><td>Zachowanie zdrowotne uznane za wskazane, skuteczność porad lekarskich niepewna.</td></tr> </table>	Skala USPSTF		A	Organizacja rekomenduje tę interwencję. Istnieje duża pewność, że korzyść netto jest znacząca.	B	Organizacja rekomenduje tę interwencję. Istnieje duża pewność, że korzyść netto jest umiarkowana lub umiarkowana pewność, że korzyść netto jest umiarkowana do znacznej.	C	Organizacja zaleca selektywne oferowanie lub świadczenie tej interwencji poszczególnym pacjentom w oparciu o profesjonalny osąd i preferencje pacjenta. Istnieje co najmniej umiarkowana pewność, że korzyść jest niewielka.	D	Organizacja odradza daną interwencję. Istnieje umiarkowana lub duża pewność, że usługa nie przynosi korzyści netto lub że szkody przeważają nad korzyściami.	I	Organizacja stwierdza, że dostępne dowody są niewystarczające do oceny równowagi korzyści i szkód interwencji. Brak dowodów, dowody niskiej jakości lub sprzeczne, bilans korzyści i szkód nie może być określony.	I-HB	Zachowanie zdrowotne uznane za wskazane, skuteczność porad lekarskich niepewna.
Skala USPSTF															
A	Organizacja rekomenduje tę interwencję. Istnieje duża pewność, że korzyść netto jest znacząca.														
B	Organizacja rekomenduje tę interwencję. Istnieje duża pewność, że korzyść netto jest umiarkowana lub umiarkowana pewność, że korzyść netto jest umiarkowana do znacznej.														
C	Organizacja zaleca selektywne oferowanie lub świadczenie tej interwencji poszczególnym pacjentom w oparciu o profesjonalny osąd i preferencje pacjenta. Istnieje co najmniej umiarkowana pewność, że korzyść jest niewielka.														
D	Organizacja odradza daną interwencję. Istnieje umiarkowana lub duża pewność, że usługa nie przynosi korzyści netto lub że szkody przeważają nad korzyściami.														
I	Organizacja stwierdza, że dostępne dowody są niewystarczające do oceny równowagi korzyści i szkód interwencji. Brak dowodów, dowody niskiej jakości lub sprzeczne, bilans korzyści i szkód nie może być określony.														
I-HB	Zachowanie zdrowotne uznane za wskazane, skuteczność porad lekarskich niepewna.														

⁴⁶ US Preventive Services Task Force (2021). Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: Interventions. Pozyskano z: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/tobacco-use-in-adults-and-pregnant-women-counseling-and-interventions>, dostęp z 16.09.2025

6. Opinie ekspertów klinicznych

<Przedstawić opinie ekspertów, jeśli takie otrzymano>

W toku prac analitycznych nad niniejszym raportem zwrócono się do 11 ekspertów z prośbą o opinię w sprawie zasadności kontynuacji prowadzenia programów polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi. Prośby o opinie skierowano do Konsultantów Krajowych w dziedzinach psychiatrii dzieci i młodzieży, psychoterapii dzieci i młodzieży, psychoterapii uzależnień, psychologii klinicznej, zdrowia publicznego. Przewodniczącej Sekcji Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kierownika Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Kierownika Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej "Pro-M", Kierownika Katedry Psychiatrii w Instytucie Nauk Medycznych, Dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, specjalisty w zakresie uzależnień i zachowań ryzykownych młodzieży.

Na dzień zakończenia prac nad raportem 15.10.2025, uzyskano 2 opinie. Otrzymane stanowiska eksperckie zostały dopuszczone decyzją Prezesa Agencji do prac analitycznych i uwzględnione w niniejszym opracowaniu [Zal 2-3].

Poniżej przedstawiono zestawienie opinii ekspertów w odniesieniu do 11 pytań zadanych w formularzu.

Pytanie 1. Czy w Pani/Pana opinii istnieje potrzeba zmiany aktualnie rekomendowanych działań, które powinny być prowadzone w ramach programów z zakresu profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych, realizowanych przez JST?

W przypadku stwierdzenia zasadności wprowadzenia zmian, proszę o wskazanie uzasadnienia.

Pytanie 2. Jakie interwencje powinny być uwzględnione Pani/Pana zdaniem w programie z zakresu profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych, realizowanych przez JST?

Pytanie 3. Do jakiej populacji docelowej Pani/Pana zdaniem powinny zostać skierowane poszczególne działania realizowane w ramach programu?

Pytanie 4. Jak w Pani/Pana opinii powinny wyglądać działania edukacyjne realizowane w ramach programu polityki zdrowotnej?

Proszę wskazać: zakres tematyczny, populację, do której powinny zostać skierowane, formę oraz czas trwania.

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

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

Pytanie 7. Proszę wskazać mierzalne cele, możliwe do osiągnięcia, w okresie realizacji programu profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych.

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

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

Pytanie 10. Czy znane są Pani/Panu polskie dane dotyczące rozpowszechnienia problemu uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych?

Jeśli tak, proszę o wskazanie źródeł danych.

Pytanie 11. Czy znane są Pani/Panu doniesienia naukowe dotyczące skuteczności działań profilaktycznych uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych?

Jeśli tak, proszę wskazać np. przeglądy systematyczne, wyniki badań, wytyczne towarzystw naukowych.

Tabela 15. Opinie ekspertów

Pytanie	dr hab. n. med. Łukasz Balwicki – Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego [Za! 2]	dr n. med. Bogusława Bukowska – Dyrektor Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom [Za! 3]
Pytanie 1 Czy w Pani/Pana opinii istnieje potrzeba zmiany aktualnie rekomendowanych działań, które powinny być prowadzone w ramach programów z zakresu profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych, realizowanych przez JST? W przypadku stwierdzenia zasadności wprowadzenia zmian, proszę o wskazanie uzasadnienia.	Tak, uważam, iż konieczne jest wprowadzenie zmian w aktualnie istniejącej rekomendacji działań, które powinny być prowadzone w ramach programów z zakresu profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych, realizowanych przez JST. Swoją opinię motywuję faktem, iż obecnie dostępna rekomendacja nie uwzględnia aktualnie obowiązujących rekomendacji, w szczególności rekomendacji Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU) do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, a także aktualnego podejścia do profilaktyki uzależnień. Warto zwrócić uwagę, iż obecnie dzięki rozwojowi wiedzy na temat przyczyn uzależnień w kontekście modelu biopsychospołecznego ich powstawania rozwijana jest koncepcja profilaktyki zintegrowanej, w której przeciwdziałanie uzależnieniom chemicznym i behawioralnym traktowane jest łącznie. Warto wskazać, iż pojęcie profilaktyki zintegrowanej pojawia się chociażby w aktualnym Narodowym Programie Zdrowia, do którego warto się odnieść w zaktualizowanej wersji rekomendacji. Ponadto obecnie zgodnie z zapisami ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi zadania gmin wynikające z w/w ustawy są prowadzone w postaci uchwalonego przez radę gminy gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, który stanowi część strategii rozwiązywania problemów społecznych i który uwzględnia cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, określone w Narodowym Programie Zdrowia. W przypadku rozpatrywania uzależnienia od tytoniu, a właściwie uzależnienia od nikotyny istotnym byłoby także uwzględnienie kwestii alternatywnych wyrobów tytoniowych i nikotynowych takich jak e-papierosy, tytoń podgrzewany, czy saszetki nikotynowe. Uważam także, iż wskazane byłoby poddanie przedmiotowej rekomendacji redakcji językowej pod kątem stosowanego nazewnictwa i nomenklatury. Zachęcam do skonsultowania przedmiotowego dokumentu ze specjalistami KCPU.	Dokument wymaga aktualizacji i wprowadzenia istotnych zmian. W warstwie używanej terminologii Rekomendacje wymagają dostosowania do polskiej terminologii np. termin „krótkie interwencje antyuzytkowe”, nie funkcjonują w polskiej specjalistycznej literaturze na temat profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Rekomendacje odwołują się do profilaktyki uzależnień, podczas gdy powinny odwoływać się do profilaktyki używania substancji psychoaktywnych, tym bardziej, że pojęcie to używane jest także w kontekście dzieci i młodzieży, wobec których prowadzi się profilaktykę używania substancji, a nawet szerzej profilaktykę ryzykownych zachowań, nie zaś profilaktykę uzależnienia od substancji. Cały dokument wskazuje jako działania rekomendowane „szkolenia dla dzieci i młodzieży”. Podczas gdy wobec młodzieży prowadzi się w szczególności oddziaływanie profilaktyczne ukierunkowane na zapobieganie inicjacji używania substancji lub opóźnienie wieku inicjacji używania substancji wtedy gdy mowa o profilaktyce uniwersalnej. Działania te polegają przede wszystkim na kształtowaniu określonych umiejętności psychospołecznych dzieci i młodzieży oraz wzmacnianiu umiejętności rodzicielskich, nie zaś na szkoleniach dzieci i młodzieży. Nieco inne cele formułowane są na poziomie profilaktyki selektywnej i wskazującej (obszerna literatura jest dostępna na temat obecnie obowiązującej klasyfikacji działań profilaktycznych, jej skuteczności i rekomendacji w tym zakresie). Obszerna literatura jest także dostępna na temat rekomendowanych strategii profilaktycznych, wśród których edukacja czyli wnioskuję, że to kryje się pod niefortunnym pojęciem stosowanym w dokumencie „szkolenia dzieci i młodzieży”, o których mowa w dokumencie, należą tylko do strategii uzupełniających a nie wiodących w profilaktyce zachowań problemowych dzieci i młodzieży, i zastosowane samodzielnie nie są oddziaływaniami skutecznymi wobec dzieci i młodzieży. Podsumowując dokument posługuje się terminologią nie zawsze adekwatną do obowiązującej i rekomendowanej przez WHO, odwołuje się do wniosków i wiedzy, które obecnie są nieaktualne, w szczególności gdy mowa o profilaktyce adresowanej do dzieci i młodzieży oraz proponuje działania jak szkolenia dzieci i młodzieży, których skuteczność nie znajduje oparcia w wynikach badań naukowych. Ponadto aktualizacji wymaga opisany w dokumencie stan prawny w odniesieniu do gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i gminnych programów przeciwdziałania narkomanii. Od 2022 r. rada gminy uchwała Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii. Program ten obejmuje m.in. działania profilaktyczne i edukacyjne, zwiększanie dostępności do wsparcia terapeutycznego

		i rehabilitacyjnego. Dodatkowo w Rekomendacjach mowa o PARPA i KBPN podczas gdy 1 stycznia 2022 r. powstała jedna instytucja Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Dokument wymaga także odwołania się do aktualnych danych epidemiologicznych, w szczególności badania ESPAD, które zostały przeprowadzone w 2024 r. a raport opublikowany w 2025 r. oraz liczby osób leczonych w związku z uzależnieniem od alkoholu itp. Powyższe uwagi nie stanowią wyczerpującej listy uwag i rekomendowanych zmian, które powinny być wprowadzone do dokumentu.
Pytanie 2 Jakie interwencje powinny być uwzględnione Pani/Pana zdaniem w programie z zakresu profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych, realizowanych przez JST?	Moim zdaniem najważniejszą interwencją, która powinna zostać uwzględniona w programie z zakresu profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych, realizowanych przez JST są rekomendowane programy profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży znajdujące się w bazie programów rekomendowanych prowadzonej przez KCPU (https://programyrekomendowane.pl/). Prowadzenie programów profilaktycznych opartych na dowodach naukowych jest jednym z zadań przewidzianych dla JST w aktualnym Narodowym Programie Zdrowia. System rekomendacji działa na poziomie krajowym od 2010 roku. Jest to zadanie realizowane we współpracy trzech instytucji: KCPU, Ośrodka Rozwoju Edukacji oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii. W ramach systemu dokonywana jest ocena programów z obszarów promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki uzależnień (profilaktyki narkomanii, profilaktyki problemów alkoholowych) oraz programów profilaktyki innych zachowań problemowych (ryzykownych) dzieci i młodzieży. Programy są badane pod kątem spełnienia standardów – szczegółowych wymagań odnoszących się do jakości programu jako całości, a także poszczególnych etapów jego realizacji, tj. etapu diagnozy i oceny potrzeb, wyboru grupy docelowej, planowania celów i sposobów ich realizacji, zapewnienia jakości realizacji oraz monitorowania i oceny efektów programu w trakcie ewaluacji. Programy ocenione pozytywnie w zależności od stopnia spełnienia standardów mogą być zakwalifikowane na jeden z trzech poziomów jakości. Dostępne są gotowe, dobrze opisane programy profilaktyczne na poziomie profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej. W przypadku planowanych interwencji istotne byłoby także wyodrębnienie działań planowanych na poszczególnych w/w poziomach profilaktyki. Ważnym elementem zmian w przedmiotowej rekomendacji byłoby także uwzględnienie bardziej adekwatnych narzędzi przesiewowych i diagnostycznych takich jak: skala <i>Heaviness of Smoking Index</i> (HSI), skala przesiewowa CAGE (ang. <i>Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener</i>) dla problemów z nadużywaniem alkoholu, skala picia problemowego (SPP) oraz testy dla młodzieży dotyczące używania substancji psychoaktywnych innych	Przed wszystkim powinny być to działania z zakresu profilaktyki używania substancji psychoaktywnych (nie profilaktyki uzależnień jak obecnie jest w Rekomendacjach). Rekomendacje powinny wskazywać na programy, które znajdują się w Systemie rekomendacji działającym na poziomie krajowym od 2010 r. Obecnie w bazie Systemu Rekomendacji znajdują się 30 programy rekomendowane. W ramach systemu dokonywana jest ocena programów z obszarów promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki uzależnień (profilaktyki narkomanii, profilaktyki problemów alkoholowych) oraz programów profilaktyki innych zachowań problemowych (ryzykownych) dzieci i młodzieży. Programy są badane pod kątem spełnienia standardów – szczegółowych wymagań odnoszących się do jakości programu jako całości, a także poszczególnych etapów jego realizacji, tj. etapu diagnozy i oceny potrzeb, wyboru grupy docelowej, planowania celów i sposobów ich realizacji, zapewnienia jakości realizacji oraz monitorowania i oceny efektów programu w trakcie ewaluacji. Programy ocenione pozytywnie w zależności od stopnia spełnienia standardów mogą być zakwalifikowane na jeden z trzech poziomów jakości. Poziom I – PROGRAM OBIECUJĄCY PROGRAM OBIECUJĄCY to taki, którego pozytywny wpływ na zachowania lub zdrowie psychiczne odbiorców nie został potwierdzony w poprawnych metodologicznie badaniach prowadzonych na terenie kraju. Jednak program uzyskał minimum punktowe określone w procedurach rekomendacji. Fakt uzyskania minimum punktowego oraz spełnienie wymienionych poniżej standardów pozwala przypuszczać, że program może przynosić oczekiwane pozytywne efekty. Poziom II – program DOBRA PRAKTYKA DOBRA PRAKTYKA to program odpowiednio wysoko oceniony we wszystkich kategoriach przez niezależnych recenzentów. Jego ostateczny kształt powstał w wyniku starannie prowadzonej ewaluacji formatywnej lub

	niż alkohol, tj. test Problemowego Używania Narkotyków (PUM) oraz Problemowego Używania Marihuany (PUM). Ponadto dla porządku chciałbym zaznaczyć, iż dla osób zdiagnozowanych jako uzależnione powinny zostać zaplanowane działania terapeutyczne w ramach programu lub przekierowanie do istniejącego systemu leczenia, a nie krótka interwencja profilaktyczna (kip). KIP jest wskazane dla osób dorosłych używających ryzykownie lub szkodliwe substancji psychoaktywnych lub dla młodzieży eksperymentującej z takimi substancjami. Interwencja taka powinna się odbyć z wykorzystaniem zasad dialogu motywującego lub terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach. W przypadku osób uzależnionych stosuje się działania terapeutyczne, a nie profilaktyczne. Ponadto w przypadku szkoleń, w tym z KIP warto skupić się na personelu medycznym placówek podstawowej opieki zdrowotnej, co jest zgodne z rekomendacjami KCPU, np. z 2025 roku, cyt. „Rekomendowane działania: wdrażanie do podstawowej opieki zdrowotnej procedury rozpoznawania i krótkiej interwencji wobec osób pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie”	też jest to program posiadający ewaluację wyników, jednak pewne mankamenty badań nie pozwalają recenzentom przyznać programowi oceny kwalifikującej go na poziom III. Poziom III – PROGRAM MODELOWY PROGRAM MODELOWY musi uzyskać najwyższe oceny niezależnych recenzentów we wszystkich kategoriach i legitymować się – na podstawie poprawnych metodologicznie badań ewaluacyjnych – pozytywnym wpływem na zachowanie lub zdrowie psychiczne odbiorców. Programy rekomendowane, znajdują się w bazie pod linkiem https://programyrekomendowane.pl/
Pytanie 3 Do jakiej populacji docelowej Pani/Pana zdaniem powinny zostać skierowane poszczególne działania realizowane w ramach programu?	Co do populacji przewidzianej przedmiotową rekomendacją nie zgłaszam uwag poza grupą dzieci do 10 r.ż wskazaną jako populacja docelowa wizyt kwalifikujących. Obecnie nie dysponujemy narzędziami do przesiewu i diagnostyki tak małych dzieci w zakresie używania substancji psychoaktywnych, a przypadki używania w/w substancji w tej grupie wiekowej są sporadyczne. Dla takiej grupy wiekowej obecnie rekomendowane są działania z zakresu promocji zdrowia psychicznego, najlepiej oparte na dowodach naukowych, a nie działania z obszaru prewencji uzależnień.	• Dzieci i młodzież, choć to wymagałoby zastanowienia się jaka jest relacja pomiędzy Gminnym Programem Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Przeciwdziałaniem Narkomanii a PPZ. Jeżeli PPZ realizują tylko podmioty lecznicze to raczej mają one już do czynienia z dziećmi i młodzieżą wykazującą co najmniej problemowe wzory używania substancji czy stosowania nowych technologii cyfrowych, wobec których stosuje się oddziaływania terapeutyczne, Jeśli zaś PPZ może realizować każdy podmiot, wybrany w przewidzianej przepisami prawa procedurze, to PPZ to powinna być określona relacja pomiędzy ww. Gminnymi programami a PPZ, bowiem zachodzi ryzyko że ich zakresy pokrywają się. • rodzice dzieci i młodzieży, w której występują nasilone czynniki ryzyka używania substancji psychoaktywnych i problemowego wzorca korzystania z nowych technologii, • młodzi dorośli do 25 r. ż., u których występują nasilone czynniki ryzyka używania substancji psychoaktywnych i problemowego wzorca korzystania z nowych technologii, • personel medyczny tj. lekarze, pielęgniarki, położne, • kobiety w wieku prokreacyjnym.
Pytanie 4 Jak w Pani/Pana opinii powinny wyglądać działania edukacyjne	W przypadku dzieci i młodzieży szczególnie istotne jest prowadzenie działań edukacyjnych opartych na strategiach profilaktycznych bazujących na dowodach naukowych. Strategie profilaktyczne to sposoby postępowania	• Dzieci i młodzież – programy szkolące umiejętności psychospołeczne zgodnie ze współczesną wiedzą, z wykorzystaniem programów z bazy programów rekomendowanych, o których była mowa w pkt. 2,

realizowane w ramach programu polityki zdrowotnej? Proszę wskazać: zakres tematyczny, populację, do której powinny zostać skierowane, formę oraz czas trwania.	oparte na podstawach teoretycznych, które mają na celu redukcję wpływu czynników ryzyka i/lub wzmacnianie czynników chroniących. Obecny stan wiedzy i dowodów naukowych dzieli działania profilaktyczne na strategie wiodące i strategie uzupełniające. Wiodące strategie profilaktyczne to takie, których zastosowanie w programie przynosi pożądane i udokumentowane w badaniach zmiany w zachowaniu młodych ludzi. Należą do nich: rozwijanie umiejętności życiowych, edukacja normatywna, rozwijanie umiejętności rodziców, włączanie naturalnych mentorów, budowanie więzi ze szkołą. Natomiast uzupełniające strategie profilaktyczne to takie, które same w sobie nie wpływają skutecznie na ograniczenie czy eliminację danego zachowania ryzykownego. Zastosowane razem ze strategiami wiodącymi wzmacniają ich pozytywne działanie. Do strategii uzupełniających należy: przekaz wiedzy, organizacja czasu wolnego, edukacja rówieśnicza, trening umiejętności odmawiania. Zatem zgodnie z aktualną wiedzą absolutnie i w żadnym wypadku nie mogą zgodzić się ze sformułowaniem, cyt. „istotą prowadzenia działań nakierowanych na profilaktykę uzależnień jak aktywność fizyczna” (strona 25 rekomendacji). Jest to całkowicie archaiczne podejście, które stoi w sprzeczności z współczesnymi działaniami profilaktycznymi, które skupiają się na budowaniu kompetencji społecznych dzieci i młodzieży. Jak już wspominałem powyżej przedmiotowa rekomendacja powinna uwzględniać realizację rekomendowanych programów profilaktyki uzależnień, których zakres tematyczny, populacja docelowa, forma oraz czas trwania różnią się w zależności od programu i poziomu profilaktyki, w którym mają zastosowanie. Stąd nie jest możliwe jednoznaczne wskazanie powyższych elementów.	• rodzice – programy podnoszące umiejętności wychowawcze rodziców • młodzi dorośli do 25 r.ż. – programy szkolące umiejętności psychospołeczne, wzmacniające czynniki chroniące, krótkie interwencje, zgodnie z wynikami badań naukowych. Szczególnym miejscem realizacji powinny być uczelnie wyższe, • personel medyczny – prowadzenie przez przeszkolony personel medyczny P.O.Z testów screeningowych ukierunkowanych na wczesne wykrywanie osób z problemowym wzorem używania alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych oraz wdrożenie krótkiej interwencji adresowanej do tej populacji • lekarze ginekolodzy, położne - prowadzenie edukacji na temat ryzyk związanych z picem alkoholu w okresie ciąży i poprzedzającym ciążę, ryzyka związane FAS/FASD, • kobiety w wieku prokreacyjnym – edukacja w zakresie ryzyk związanych z piciem alkoholu i używaniem innych substancji psychoaktywnych w okresie ciąży o poprzedzającym ciążę, ryzyka związane z FAS/FASD.
Pytanie 5 Jakie kompetencje powinien posiadać personel przy realizacji zaplanowanych w programie działań profilaktycznych?	Warto wskazać, iż obecnie diagnostyką uzależnienia od substancji psychoaktywnych zajmują się także psycholodzy oraz psychoterapeuci uzależnień, a nie tylko lekarze. Warto zatem rozszerzyć grupę osób spełniających wymagania dotyczące personelu dla interwencji pn. szkolenia dla personelu medycznego o w/w grupy zawodowe. Ponadto w pozostałych działaniach informacyjno-edukacyjnych oraz szkoleniowych warto rozszerzyć grupy zawodowe spełniające wymagania dotyczące personelu o profesjonalistów posiadających wiedzę i doświadczenie z zakresu profilaktyki uzależnień, tj. psychologów, psychoterapeutów uzależnień, pedagogów, profilaktyków uzależnień, czy absolwentów zdrowia publicznego. Takie rozszerzenie lub nawet przeniesienie ciężaru realizacji interwencji z personelu medycznego na wskazane przeze mnie grupy zawodowe mogłoby znacząco ułatwić JST realizację przedmiotowej rekomendacji ze względu na większą dostępność proponowanych przeze mnie specjalistów	Z inicjatywy KCPU we współpracy z Instytutem Badań Edukacyjnych opracowano i wprowadzono do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji, dwie kwalifikacje wolnorynkowe służące podniesieniu poziomu oddziaływań profilaktycznych w Polsce, w których to wskazano kompetencje dla personelu: a. Podstawa prawna włączenia kwalifikacji do ZSK – Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 12 lipca 2024 r. w sprawie włączenia kwalifikacji wolnorynkowej „Prowadzenie promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki uniwersalnej w zakresie używania substancji psychoaktywnych i zaburzeń behawioralnych” do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (Monitor Polski z dnia 2024-07-12 r., poz. 693). Osoba posiadająca tę kwalifikację posiadać będzie umiejętności i kwalifikacje do prowadzenia programów promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki uniwersalnej, opartych na naukowych podstawach, zapobiegających rozwojowi zachowań ryzykownych ze szczególnym

	w porównaniu z dostępnością personelu medycznego, w szczególności lekarzy pracujących w obszarze uzależnień. Warto także wskazać, iż zajmowanie się na co dzień przez lekarza diagnostyką i leczeniem uzależnień w placówkach systemu ochrony zdrowia nie zawsze jest jednoznaczne z posiadaniem aktualnej wiedzy z odrębnego obszaru, jakim jest profilaktyka uzależnień. Stąd zasadne jest zaangażowanie w/w profesjonalistów.	uwzględnieniem tych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i zaburzeniami behawioralnymi. Osoba posiadająca kwalifikację może w różnych środowiskach realizować działania z zakresu uniwersalnej profilaktyki używania substancji psychoaktywnych i zachowań prowadzących do zaburzeń behawioralnych. b. Podstawa prawna włączenia kwalifikacji do ZSK – Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 2024-07-11 r. w sprawie włączenia kwalifikacji rynkowej „Prowadzenie selektywnej i wskazującej profilaktyki w zakresie używania substancji psychoaktywnych i zaburzeń behawioralnych oraz minimalizowania problemów związanych z tymi zachowaniami” do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji (Monitor Polski z dnia 2024-07-19 r., poz. 676). Osoba posiadająca tę kwalifikację posiadać będzie umiejętności i kwalifikacje do przeprowadzenia działań profilaktycznych wobec osób z grup podwyższonego ryzyka, używających substancji psychoaktywnych lub zagrożonych zaburzeniami behawioralnymi. Osoba ta posiada wiedzę i umiejętności, które pozwalają na zaplanowanie, zorganizowanie i wdrożenie działań z zakresu profilaktyki selektywnej i wskazującej (w tym: posiada umiejętności identyfikacji osób szczególnie narażonych na wpływ czynników ryzyka; planuje działania, adekwatne do potrzeb danej osoby lub grupy np. z wykorzystaniem dostępnych programów rekomendowanych; realizuje zaplanowane działania; ocenia skuteczność zrealizowanych działań i podejmuje decyzję o ich kontynuacji, modyfikacji lub zakończeniu).
Pytanie 6 Jakie warunki lokalowe i sprzętowe powinien spełniać ośrodek, w którym będzie prowadzony program?	W tym obszarze rekomendacji nie wnoszę uwag.	Warunki lokalowe i sprzętowe można określić w procesie planowania konkretnego PPZ.
Pytanie 7 Proszę wskazać mierzalne cele, możliwe do osiągnięcia, w okresie realizacji programu profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych.	Co do zasady nie wnoszę uwag do proponowanych w rekomendacji celów. Sugeruję jednak uwzględnienie także celów dotyczących populacji dzieci i młodzieży planowanej do objęcia w przedmiotowej rekomendacji biorąc pod uwagę sugestie uwzględniania w proponowanych interwencjach programów rekomendowanych profilaktyki uzależnień. Proponowany cel: Zwiększenie liczby dzieci i młodzieży objętej rekomendowanymi programami profilaktyki uzależnień o% w stosunku do wszystkich uczniów objętych programem.	Cele programu można określić dopiero na etapie planowania konkretnego programu. Cele będą różnić się w zależności od tego czy program będzie miał charakter programu profilaktyki uniwersalnej, profilaktyki selektywnej czy wskazującej i do jakiej grupy docelowej będzie planowany. Ogólnie w profilaktyce dąży się do wzmocnienia czynników chroniących i osłabienia czynników ryzyka, rozwoju umiejętności psychospołecznych. Osiąganie tych celów ma przyczyniać się do zapobieganiu używania substancji psychoaktywnych i innych ryzykownych zachowań lub opóźnianiu wieku inicjacji używania substancji psychoaktywnych.

Pytanie 8 Jakie wskaźniki powinny zostać użyte do pomiaru stopnia realizacji celów?	Proponowane mierniki efektywności realizacji ppz są adekwatne do celów. Warto jednak zwrócić uwagę, iż miernik proponowany do celu 6.2.2.4 odnosi się do osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, a w/w cel odnosi się jedynie do osób palących tytoń. Zatem miernik dla celu 6.2.2.4 powinien brzmieć: Odsetek osób uzależnionych od nikotyny, u których doszło do ograniczenia lub całkowitego zaprzestania palenia tytoniu, w stosunku do wszystkich osób poddanych interwencji antyuzywkowej. Chciałbym jednak zaznaczyć, iż warto zarówno miernik jak i cel rozszerzyć o inne wyroby tytoniowe i nikotynowe. Dla zaproponowanego przeze mnie celu miernik mógłby przyjąć następującą formę: Odsetek dzieci i młodzieży objętej rekomendowanymi programami profilaktyki uzależnień w stosunku do wszystkich uczniów objętych programem.	Wskaźniki zależne są od dokładnie zaplanowanego programu i jego celów. Nie ma uniwersalnych wskaźników. Ich określenie powinno nastąpić gdy konkretny program jest planowany. Inne wskaźniki będą jeśli program dotyczy młodzieży używającej substancji, już po inicjacji, a inne wówczas jeśli młodzież nie używała substancji.
Pytanie 9 Jakie wskaźniki powinny zostać wzięte pod uwagę w celu monitorowania i ewaluacji programu?	W przypadku wskaźników przewidzianych do monitorowania programu nie wnoszę uwag. Natomiast w przypadku wskaźników przewidzianych do ewaluacji programu chciałbym wskazać, iż rezultatem planowanych w ramach programu interwencji odnoszących się do profilaktyki uzależnień i krótkiej interwencji profilaktycznej, co do zasady nie będzie ograniczenie lub całkowite porzucenie nałogu, ponieważ taki rezultat w przypadku osób uzależnionych można uzyskać w trakcie leczenia, które nie jest elementem przedmiotowego programu. Stąd pierwszy ze wskazanych wskaźników nie jest zasadny. Również drugi ze wskazanych wskaźników dotyczący osób, u których zostanie rozpoznane uzależnienie pomimo przeprowadzonych działań profilaktycznych w stosunku do wszystkich osób uczestniczących w programie wydaje się trudny do zwymiarowania, ponieważ wymagałby powiązania danych osobowych, w tym PESEL uczestników z późniejszymi rozpoznaniem uzależnień postawionymi w systemie ochrony zdrowia, co wiązałoby się z dostępem do danych wrażliwych. Proponuję może posłużyć się danymi dotyczącymi rozpowszechnienia zjawiska uzależnień w populacji JST realizującej program. Brak jest także wskaźników odnoszących się do grupy dzieci i młodzieży objętej programem, gdzie wskaźnik mógłby odnosić się do odsetka dzieci i młodzieży po inicjacji substancjami psychoaktywnymi w populacji JST realizującej program. Warto także dodać, iż wiele samorządów na potrzeby przygotowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i narkomanii cyklicznie przeprowadza diagnozy lokalnych problemów, które mogą stanowić źródło wskaźników do ewaluacji programu.	Jak wyżej – nie ma uniwersalnych wskaźników, wskaźniki planuje się w zależności od programu. Ponadto wskaźniki zależą od planowanego typu ewaluacji czyli przedmiotu oceny. Inne wskaźniki będą brane pod uwagę przy ewaluacji procesu, inne przy ewaluacji wpływu czy efektywności.
Pytanie 10 Czy znane są Pani/Panu polskie dane dotyczące rozpowszechnienia problemu uzależnień	Tak, znane są mi takie dane. Najnowsze i bardzo szerokie dane pochodzą z badania UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ POLSKĄ MŁODZIEŻ: RAPORT ESPAD 2024 (https://kcipu.gov.pl/uzywaniesubstancji-psychoaktywnych-przez-polska-mlodziez/)	Janusz Sierosławski, Urszula Sierosławska, EUROPEJSKI PROGRAM BADAŃ ANKIETOWYCH W SZKOŁACH ESPAD WARSZAWA 2024. RAPORT Z OGÓLNOPOLSKICH BADAŃ ANKIETOWYCH ZREALIZOWANYCH W 2024 R. https://kcipu.gov.pl/wp-content/uploads/2025/03/Raport-ESPAD-2024-POLSKA.pdf

od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych? Jeśli tak, proszę o wskazanie źródeł danych.	Inne znane mi badania odnoszące się także do tej problematyki to HBSC – Health Behavior in School Aged Children 2022 oraz badanie „Młodzież 2021” realizowane przez CBOS w 2021 roku.	Badanie zrealizowane na zlecenie KCPU w 2024 r.
Pytanie 11 Czy znane są Pani/Panu doniesienia naukowe dotyczące skuteczności działań profilaktycznych uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych? Jeśli tak, proszę wskazać np. przeglądy systematyczne, wyniki badań, wytyczne towarzystw naukowych.	Najbardziej znanym dokumentem z przedmiotowego obszaru są wytyczne UNODC WHO pt. „International Standards on Drug Use Prevention Second updated edition” z roku 2018 (https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC-WHO_2018_prevention_standards_E.pdf)	Literatura na ten temat jest bardzo obszerna. Poniżej zaledwie kilka przykładów. Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011 http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=2819232 Gottfredson DC, Cook TD, Gardner FEM, Gorman-Smith D, Howe GW, ... & Zafft KM. Standards of evidence for efficacy, effectiveness, and scale-up research in prevention science: Next generation. Prevention Science, 2015; 16(7): 893–926. DOI: 10.1007/s11121-015-0555-x UNODC/WHO International Standards on Drug Use Prevention. Second edition. https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html Preventing Drug Use among children and adolescents. A research-based Guide for parents, educators and Community Leaders. Second edition https://nida.nih.gov/sites/default/files/redbook_0.pdf

Podsumowanie opinii ekspertów

Zasadność wprowadzenia zmian w aktualnie rekomendowanych działaniach prowadzonych w PPZ z zakresu profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych

- Eksperci zgadzają się co do zasadności aktualizacji rekomendacji. Eksperci wskazują na potrzebę aktualizacji w opracowaniu wytycznych krajowych i międzynarodowych oraz aktualizacji opisu aktualnego postępowania w kraju wskazując, że zadania gmin z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom są prowadzone w postaci uchwalonego przez radę gminy gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, który stanowi część strategii rozwiązywania problemów społecznych i który uwzględnia cele operacyjne dotyczące profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii, określone w Narodowym Programie Zdrowia. [Zal 2-3].

Docelowe interwencje w ramach programów polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych

- Eksperci wskazują na zasadność powiązania rekomendacji Prezesa AOTMiT z rekomendowanymi programami profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży znajdującymi się w bazie programów rekomendowanych prowadzonej przez KCPU (<https://programyrekomendowane.pl/>) [Zal 2-3].
- Jeden z ekspertów wskazał następujące interwencje:
 - badania przesiewowe z wykorzystaniem narzędzi takich jak: skala Heaviness of Smoking Index (HSI), skala przesiewowa CAGE (ang. *Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener*) dla problemów z nadużywaniem alkoholu, skala picia problemowego (SPP), test Problemowego Używania Narkotyków (PUM) oraz Problemowego Używania Marihuany (PUM);
 - działania terapeutyczne w ramach programu lub przekierowanie do istniejącego systemu leczenia, w zamian dotychczas rekomendowanej krótkiej interwencji profilaktycznej;
 - szkolenia dla personelu medycznego placówek podstawowej opieki zdrowotnej m.in. z krótkiej interwencji profilaktycznej [Zal 2].

Populacja docelowa

- Eksperci w swych opiniach nie zgłaszali uwag co do dotychczasowej populacji docelowej rekomendowanych działań przy czym:
 - jeden z ekspertów wskazał, że obecnie nie dysponujemy narzędziami do przesiewu i diagnostyki młodszych dzieci (do 10 lat) w zakresie używania substancji psychoaktywnych, a przypadki używania w/w substancji w tej grupie wiekowej są sporadyczne [Zal 2];
 - drugi z ekspertów wskazał na zasadność prowadzenia programu również w grupie rodziców dzieci i młodzieży, w której występują nasilone czynniki ryzyka używania substancji psychoaktywnych i problemowego wzorca korzystania z nowych technologii [Zal 3].

Zakres działań informacyjno-edukacyjnych

- Eksperci wskazują, że szczególnie istotne jest prowadzenie działań edukacyjnych opartych na strategiach profilaktycznych bazujących na dowodach naukowych [Zal 2].
- Docelowy zakres tematyczny działań edukacyjnych powinien obejmować:
 - programy szkolące umiejętności psychospołeczne zgodnie ze współczesną wiedzą, z wykorzystaniem programów z bazy programów rekomendowanych – dzieci i młodzież,
 - programy podnoszące umiejętności wychowawcze rodziców – rodzice,
 - programy szkolące umiejętności psychospołeczne, wzmacniające czynniki chroniące, krótkie interwencje, zgodnie z wynikami badań naukowych – młodzi dorośli do 25 r.ż.,
 - prowadzenie przez przeszkolony personel medyczny POZ testów screeningowych ukierunkowanych na wczesne wykrywanie osób z problemowym wzorem używania alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych oraz wdrożenie krótkiej interwencji adresowanej do tej populacji – personel medyczny,
 - prowadzenie edukacji na temat ryzyk związanych z picem alkoholu w okresie ciąży i poprzedzającym ciążę, ryzyka związane FAS/FASD – lekarze ginekolodzy, położne,

- edukacja w zakresie ryzyk związanych z piciem alkoholu i używaniem innych substancji psychoaktywnych w okresie ciąży o poprzedzającym ciążę, ryzyka związane z FAS/FASD – kobiety w wieku prokreacyjnym [Za1 3].

Kompetencje personelu

- Eksperci są zgodni, że w rekomendowanych warunkach realizacji dotyczących personelu warto oprócz lekarzy uwzględnić również psychologów, psychoterapeutów uzależnień, pedagogów, profilaktyków uzależnień, czy absolwentów zdrowia publicznego oraz osoby posiadające kwalifikacje wolnorynkowe służące podniesieniu poziomu oddziaływań profilaktycznych w Polsce.

Warunki lokalowe

- Eksperci nie wnieśli w tym zakresie uwag wskazując, że warunki te powinny zostać dostosowane w procesie planowania każdego PPZ.

Cele PPZ z zakresu profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych

- Jeden z ekspertów wskazał na zasadność rozważenia dodania jednego celu: zwiększenie liczby dzieci i młodzieży objętej rekomendowanymi programami profilaktyki uzależnień o% w stosunku do wszystkich uczniów objętych programem [Za1 2].
- Drugi z ekspertów nie wskazał konkretnych celów a jedynie podkreślił, że cele powinny przyczyniać się do zapobieganiu używania substancji psychoaktywnych i innych ryzykownych zachowań lub opóźnianiu wieku inicjacji używania substancji psychoaktywnych [Za1 3].

7. Analiza kliniczna

7.1. Metodologia wyszukiwania dowodów naukowych

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

W opracowaniu uwzględniono dowody naukowe opublikowane w latach 2020-2025. Przeprowadzono wyszukiwanie w bazach Medline (via PubMed), oraz Cochrane Library, a także przeprowadzono wyszukiwanie w następujących źródłach: Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU), Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy (NIZP PZH PIB), Panel Polskich Ekspertów (PPE), *European Network for Smoking and Tobacco* (ENST), *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), *American Academy of Family Physicians* (AAFP), *US Preventive Services Task Force* (USPSTF).

Przyjęto następujące kryteria włączenia do niniejszego raportu:

Populacja (P):	Dzieci, młodzież, młodzi dorośli, rodzice, nauczyciele
Interwencja (I):	Badania przesiewowe, edukacja, profilaktyka uzależnień
Komparator (C):	Nie ograniczano
Efekty zdrowotne (O):	Nie ograniczano
Rodzaj badania (S):	Przeglądy systematyczne, metaanalizy, rekomendacje
Ograniczenia	Publikacje w języku angielskim lub polskim, publikacje z lat 2020-2025

Do analizy włączono łącznie 24 publikacje:

- 16 metaanaliz (Alsahli 2025, Butler 2025, Lekamge 2025, Rifat 2025, Yimer 2024; Gardner 2024, O'Logbon 2024, Zhou 2023, Ma 2023, Schweer-Collins 2023, Champion 2022, Wang 2022, Song 2021, Cho 2021, Yoog 2021, Vrijen 2021);
- 1 przegląd systematyczny (Vaihekoski 2022);
- 7 rekomendacji (ENST 2025, KCPU 2025, NICE 2025, AAFP 2023, PPE 2022, USPSTF 2021, NIZP PZH PIB 2020).

7.2. Ocena jakości włączonych badań wtórnych

Jakość włączonych do analizy badań wtórnych została oceniona poprzez weryfikację kluczowych domen narzędzia do krytycznej oceny przeglądów systematycznych AMSTAR2. Zastosowane narzędzie pozwala wyselekcjonować publikacje o najwyższej jakości. Aby uzyskać najwyższą ocenę, publikacja musi uzyskać pozytywne odpowiedzi na wszystkie pytania. Już jedno uchybienie w domenie krytycznej skutkuje obniżeniem oceny przeglądu systematycznego do wartości „niska”, dwa i więcej uchybień obniża ocenę do wartości „krytycznie niska”.

Przeglądy systematyczne włączone do raportu otrzymały następujące oceny:

- wysoka – Butler 2025;
- niska – Champion 2022, Vaihekoski 2022, Yoog 2021;
- krytycznie niska – Alsahli 2025, Lekamge 2025, Rifat 2025, Yimer 2024, Gardner 2024, O'Logbon 2024, Zhou 2023, Ma 2023, Schweer-Collins 2023, Wang 2022, Song 2021, Cho 2021, Vrijen 2021.

Szczegółowe wyniki i odpowiedzi na pytania domeny krytycznej narzędzia AMSTAR2 przedstawiono w tabeli poniżej (Tabela 16).

Tabela 16. Ocena przeglądów systematycznych narzędziem AMSTAR2

Publikacja	Pytanie 2	Pytanie 4	Pytanie 7	Pytanie 9	Pytanie 11	Pytanie 13	Pytanie 15	Ocena
Meta. Alsahli 2025	Tak	Częściowo tak	Nie	Tak	Tak	Nie	Nie	Krytycznie niska
Meta. Butler 2025	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Tak	Wysoka
Meta. Lekamge 2025	Nie	Tak	Nie	Tak	Tak	Tak	Tak	Krytycznie niska
Meta. Rifat 2025	Nie	Częściowo tak	Nie	Tak	Tak	Tak	Tak	Krytycznie niska
Meta. Yimer 2024	Częściowo tak	Częściowo tak	Nie	Tak	Nie	Tak	Tak	Krytycznie niska
Meta. Gardner 2024	Nie	Częściowo tak	Nie	Tak	Tak	Tak	Tak	Krytycznie niska
Meta. O'Logbon 2024	Nie	Częściowo tak	Nie	Częściowo tak	Tak	Nie	Nie	Krytycznie niska
Meta. Zhou 2023	Nie	Częściowo tak	Nie	Tak	Tak	Tak	Tak	Krytycznie niska
Meta. Ma 2023	Nie	Częściowo tak	Nie	Nie	Tak	Nie	Nie	Krytycznie niska
Meta. Schweer-Collins 2023	Tak	Tak	Nie	Częściowo tak	Tak	Nie	Tak	Krytycznie niska
Meta. Champion 2022	Tak	Częściowo tak	Nie	Tak	Tak	Tak	-	Niska
Przeg sys. Vaihekoski 2022	Częściowo tak	Częściowo tak	Nie	Tak	-	Tak	-	Niska
Meta. Wang 2022	Częściowo tak	Częściowo tak	Nie	Nie	Tak	Tak	Tak	Krytycznie niska
Meta. Song 2021	Nie	Częściowo tak	Nie	Częściowo tak	Nie	Tak	Tak	Krytycznie niska
Meta. Cho 2021	Nie	Częściowo tak	Nie	Nie	Tak	Nie	Tak	Krytycznie niska
Meta. Yoog 2021	Tak	Częściowo tak	Nie	Tak	Tak	Tak	Tak	Niska
Meta. Vrijen 2021	Nie	Częściowo tak	Nie	Częściowo tak	Tak	Tak	Tak	Krytycznie niska

Domeny krytyczne: pytanie 2 – przygotowanie protokołu przed wykonaniem przeglądu systematycznego; pytanie 4 – wszechstronna strategia wyszukiwania; pytanie 7 – lista publikacji wykluczonych na podstawie analizy pełnego tekstu; pytanie 9 – zastosowanie odpowiedniej metody oceny błędu systematycznego; pytanie 11 – dobór właściwej metody dla przeprowadzenia metaanalizy; pytanie 13 – uwzględnienie indywidualnych ocen ryzyka błędu systematycznego uwzględnionych badań; pytanie 15 – uwzględnienie obecności błędu systematycznego publikacji i omówienie jego wpływ na wyniki.

7.3. Wyniki analizy skuteczności i bezpieczeństwa

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

Zgodnie z metodologią przedstawioną w rozdziale 7.1. do analizy włączono n=17 doniesień naukowych (doniesienia włączone ze strategii wyszukiwania n=17).

7.3.1. Charakterystyka i wyniki badań włączonych do analizy skuteczności

Do niniejszego opracowania włączono 17 publikacji badających skuteczność interwencji z zakresu profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych.

Kryteria włączenia do przeglądu systematycznego spełniły następujące doniesienia naukowe:

Interwencje edukacyjno-behawioralne (str.81)

- 1 metaanaliza (Alsahli 2025) (w tym 6 badań RCT), oceniająca skuteczności nefarmakologicznych terapii opartych na zachowaniu w ograniczaniu używania tytoniu wśród dzieci w wieku szkolnym;
- 1 metaanaliza (Butler 2025)(w tym 9 RCT), określająca wpływ interwencji skoncentrowanych na zmniejszenie częstości korzystania z e-papierosów, na prawdopodobieństwo zaprzestania korzystania z tego typu urządzeń wśród osób planujących porzucić ten nałóg;
- 1 metaanaliza (Gardner 2024) (w tym 11 RCT), określająca efektywność szkolnych interwencji profilaktycznych ukierunkowanych na nastoletnich użytkowników e-papierosów;
- 1 metaanaliza (O'Logbon 2024) (w tym 42 RCT), odnosząca się do wpływu interwencji wykorzystujących technologie cyfrowe naceLOWanych na profilaktykę nadużywania substancji psychoaktywnych, na korzystanie z poszczególnych używek;
- 1 metaanaliza (Zhou 2023) (w tym 13 RCT), określająca wpływ interwencji z zakresu zaprzestania palenia tytoniu z wykorzystaniem technologii mobilnych, na prawdopodobieństwo zachowania abstynencji tytoniowej wśród młodzieży i dorosłych;
- 1 metaanaliza (Ma 2023) (w tym 12 RCT), odnosząca się do wpływu profilaktycznych wiadomości dotyczące korzystania z e-papierosów, na poziom wiedzy i postrzeganie e-papierosów przez młodzież i młodych dorosłych;
- 1 metaanaliza (Schweer-Collins 2023) (w tym 29 RCT) badająca, skuteczność krótkich interwencji antyżywkowych dostarczanych w ogólnych placówkach opieki zdrowotnej w odniesieniu do szeregu aspektów takich jak używanie alkoholu i narkotyków czy palenie tytoniu;
- 1 metaanaliza (Champion 2022) (w tym 36 RCT), oceniająca skuteczność interwencji skierowanych do rodziców w ramach programu w zakresie modyfikacji spożycia alkoholu, palenia tytoniu, diety, aktywności fizycznej, siedzącego trybu życia i/lub snu wśród nastolatków i ich rodziców.

Programy profilaktyczne (str.98):

- 1 metaanaliza (Lekamge 2025) (w tym 58 RCT), odnosząca się do efektywności zorganizowanych szkolnych programów naceLOWanych na ryzykowne zachowania zdrowotne, w zakresie ograniczania zjawiska korzystania z substancji psychoaktywnych wśród dzieci i młodzieży;

- 1 metaanaliza (Rifat 2025) (w tym 36 RCT), określająca efektywność programów ukierunkowanych na zapobieganie lub zaprzestanie palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży poprzez zaangażowanie rodziców, w zakresie redukcji prawdopodobieństwa inicjacji palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży;
- 1 przegląd systematyczny (Vaihekoski 2022) (w tym 7 RCT), badający postawy młodzieży wobec produktów nikotynowych i sposobów oddziaływania na nią;
- 1 metaanaliza (Song 2021) (w tym 23 RCT), odnosząca się do wpływu programów profilaktycznych ukierunkowanych na zapobieganie lub zakończenie nałogu palenia tytoniu, na zachowania związane z tą używką wśród młodzieży;
- 1 metaanaliza (Cho 2021) (w tym 12 RCT), odnosząca się do wpływu realizacji profilaktycznych programów ukierunkowanych na nadużywanie alkoholu, na poziom wiedzy, przekonania oraz spożywanie tego typu używek wśród młodzieży.

Czynniki ryzyka (str.107):

- 1 metaanaliza (Yimer 2024) (w tym 18 badań obserwacyjnych), określająca dwukierunkowy związek między paleniem wyrobów zawierających nikotynę, a korzystaniem z produktów zawierających kanabis;
- 1 metaanaliza (Wang 2022) (w tym 16 badań obserwacyjnych), odnosząca się do związku między obecnością u młodzieży i dorosłych zespołu uzależnienia od Internetu, a sięganiem po substancje psychoaktywne;
- 1 metaanaliza (Vrijen 2021) (w tym 28 badań obserwacyjnych), określająca związek między zjawiskiem znęcania się nad rówieśnikami w dzieciństwie lub okresie dojrzewania, a korzystaniem z substancji psychoaktywnych;
- 1 metaanaliza (Yoong 2021) (w tym 13 badań obserwacyjnych), określająca związek między korzystaniem przez dzieci i młodzież z e-papierosów, a sięganiem w przyszłości po tradycyjne papierosy.

Tabela 17. Charakterystyka i wyniki badań włączonych do analizy w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
Interwencje edukacyjne/behawioralne				
Alsahli 2025⁴⁷ <u>Źródło finansowania:</u> Brak informacji	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA Rodzaj włączonych badań: RCT. Liczba uwzględnionych badań: 6 (Holandia – 2; USA – 2; Arabia Saudyjska – 1; Hiszpania – 1).	Populacja: • dzieci i młodzież w wieku od 9 do 17 lat. <u>Liczebność populacji:</u> 10 192 Interwencja: • niefarmakologiczne interwencje behawioralne mające na celu	Interwencje behawioralne <u>Wskaźnik abstynencji</u> RR=1,00 [95%CI: (0,99; 1,02)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; n/N=1 591/1 847(I); 1 720/1 985(C)) <u>Rozpoczęcie palenia tytoniu</u>	Niefarmakologiczne interwencje behawioralne w okresie 6 mc po interwencji istotnie statystycznie obniżają ryzyko rozpoczęcia palenia tytoniu przez dzieci i młodzież o 62% - RR=0,38. W dłuższych okresach obserwacji interwencje te nie wykazują istotnego statystycznie wpływu na obniżenie ryzyka rozpoczęcia palenia.

⁴⁷ Alsahli F. A., Alruwais N. M., Alsultan L. S. et al. (2025). Interventions for Prevention of Tobacco Smoking in School-Aged Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cureus. 17(1): e77008

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
	Cel badania: ocena skuteczności niefarmakologicznych terapii behawioralnych w ograniczaniu używania tytoniu wśród dzieci w wieku szkolnym. Zidentyfikowanie elementów skutecznych środków zapobiegawczych i ocena wszelkich potencjalnych negatywnych konsekwencji ich stosowania. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 2014 r. do 2024 r.	zapobieganie rozpoczęciu palenia tytoniu, takie jak: - moduły aktywności dostarczane pocztą, - programy internetowe z dostosowanymi wiadomościami, - krótkie sesje doradcze z późniejszymi rozmowami telefonicznymi, - programy prowadzone przez rówieśników, - wiadomości zachęcające do zaangażowania zasobów, - wielolekcyjny, długoterminowy kompleksowy program edukacyjny. Komparator: - brak interwencji; - standardowe postępowanie. Punkty końcowe: - wskaźnik abstynencji, - rozpoczęcie palenia, - częstość palenia.	<i>Okres obserwacji 6 mies.</i> RR=0,38 [95%CI: (0,23; 0,61)] wynik istotny statystycznie (2 RCT; n/N=22/1 198(I); 59/1 254(C)) <i>Okres obserwacji 12 mies.</i> RR=0,69 [95%CI: (0,36; 1,36)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; n/N=16/2 022(I); 21/1 431(C)) <i>Okres obserwacji 24 mies.</i> RR=0,73 [95%CI: (0,46; 1,18)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; n/N=32/1 607(I); 42/1 182(C)) <i>Okres obserwacji 36 mies.</i> RD=0,00 [95%CI: (-0,03; 0,03)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; n/N=175/1 081(I); 207/1 277(C)) <u>Częstość palenia tytoniu</u> RR=0,76 [95%CI: (0,55; 1,05)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; n/N=158/1 163(I); 217/1 271(C))	Interwencje behawioralne nie wpływają istotnie statystycznie na wskaźnik abstynencji oraz częstość palenia przez dzieci i młodzież.
Butler 2025⁴⁸ <u>Źródło finansowania:</u>	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA	Populacja:	Interwencje skoncentrowane na zmniejszeniu częstości	Interwencje skoncentrowane na zmniejszeniu częstości przyjmowania nikotyny lub korzystania z e-papierosów nie miały istotnego

⁴⁸ Butler A. R., Lindson N., Livingstone-Banks J. et al. (2025). Interventions for quitting vaping. Cochrane Database Syst. Rev. 1(1): CD016058

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<i>Cancer Research UK, National Institute of Health Research.</i>	Rodzaj włączonych badań: RCT. Liczba uwzględnionych badań: 9 (USA – 8; Włochy – 1) Cel badania: określenie korzyści i szkód wynikających z realizacji interwencji mających na celu porzucenie nałogu palenia tytoniu w porównaniu do innych interwencji lub ich braku. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 01.01. 2004 do 24.04.2024 r.	- osoby korzystające z e-papierosów między 13 a 24 r.ż., decydujące się porzucić nałóg. <u>Liczebność populacji: 5 209</u> Interwencja: - interwencje skoncentrowane na zmniejszeniu częstości przyjmowania nikotyny/ korzystania z e-papierosów; - interwencje wykorzystujące wiadomości tekstowe. Komparator: - brak interwencji, - minimalna interwencja antynikotynowa. Punkty końcowe: - zaprzestanie korzystania z e-papierosów po ≥6 miesiącach.	przyjmowania nikotyny/ korzystania z e-papierosów <u>Zaprzestanie korzystania z e-papierosów po ≥6 miesiącach</u> RR=3,38 [95%CI: (0,43; 26,30)] wynik nieistotny statystycznie (1 RCT; N=17) Interwencje wykorzystujące wiadomości tekstowe <u>Zaprzestanie korzystania z e-papierosów po ≥6 miesiącach</u> RR=1,32 [95%CI: (1,19; 1,47)] wynik istotny statystycznie (2 RCT; N=4 091)	statystycznie wpływu na prawdopodobieństwo zaprzestania korzystania z e-papierosów po ≥6 miesiącach. Interwencje wykorzystujące wiadomości tekstowe, determinowały istotny statystycznie wzrost prawdopodobieństwa zaprzestania korzystania z e-papierosów po ≥6 miesiącach, o 32% – RR=1,32.
Gardner 2024⁴⁹ <u>Źródło finansowania:</u> <i>the Paul Ramsay Foundation.</i>	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA Rodzaj włączonych badań: RCT. Liczba uwzględnionych badań: 11 (USA – 5; Brazylia – 1; Holandia – 1; Wielka Brytania – 1; Kanada – 1; Szwajcaria – 1; Szwecja – 1) Cel badania: określenie efektywności szkolnych interwencji profilaktycznych ukierunkowanych na nastoletnich użytkowników e-papierosów.	Populacja: - młodzież między 11 a 18 r.ż. <u>Liczebność populacji: 36 275</u> Interwencja: - szkolne interwencje profilaktyczne skoncentrowane na zmniejszeniu zjawiska korzystania z e-papierosów – interwencja mogła przyjmować zarówno formę indywidualnych działań jak i usystematyzowanych	Szkolne interwencje profilaktyczne skoncentrowane na zmniejszeniu zjawiska korzystania z e-papierosów <u>Zapobieganie korzystaniu z e-papierosów</u> OR=0,43 [95%CI: (0,16; 1,12)] wynik nieistotny statystycznie (5 RCT; N=7 096 (I)/ 4 725(C)) <u>Palenie tytoniu w przeciągu ostatnich 30 dni</u>	Szkolne interwencje profilaktyczne skoncentrowane na zmniejszeniu zjawiska korzystania z e-papierosów, wpływają istotnie statystycznie na zmniejszenie szansy palenia tytoniu przez młodzież, w przeciągu ostatnich 30 dni – OR= 0,59. Szkolne interwencje mogą istotnie statystycznie, pozytywnie wpłynąć na poziom wiedzy młodzieży nt. e-papierosów – SMD=-0,38. Dodatkowo mogą one także istotnie statystycznie pozytywnie wpłynąć na rezygnację z zamiaru korzystania z e-

⁴⁹ 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. *Prev Sci.* 25(7): 1104-1121

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
	Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 06.2023 r.	programów szkolnych. Interwencja ta mogła korzystać z takich elementów jak sesje edukacyjne z nauczycielem, prezentacje edukacyjne w ramach zajęć lekcyjnych, technologie cyfrowe, tygodnie tematyczne czy też zmiany legislacyjne w polityce danych placówek. Komparator: • brak interwencji, • standardowa edukacja. Punkty końcowe: • zapobieganie korzystaniu z e-papierosów, • palenie tytoniu w przeciągu ostatnich 30 dni, • palenie tytoniu na przestrzeni całego życia, • poziom wiedzy nt. e-papierosów, • zamiar korzystania z e-papierosów, • ryzykowne nastawienia względem korzystania z e-papierosów, • postrzeganie zagrożeń wynikających z korzystania z e-papierosów.	OR=0,59 [95%CI: (0,39; 0,89)] wynik istotny statystycznie (3 RCT; N=3 340 (I)/ 1 906(C)) <u>Palenie tytoniu na przestrzeni całego życia</u> OR=1,01 [95%CI: (0,65; 1,59)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=3 275(I)/2 142(C)) <u>Poziom wiedzy nt. e-papierosów</u> SMD=-0,38 [95%CI: (-0,68; -0,08)] wynik istotny statystycznie (3 RCT; N=1 313(I)/1 342(C)) <u>Zamiar korzystania z e-papierosów</u> SMD=-0,15 [95%CI: (-0,22; -0,07)] wynik istotny statystycznie (3 RCT; N=1 313(I)/1 342(C)) <u>Ryzykowne nastawienia względem korzystania z e-papierosów</u> SMD=-0,14 [95%CI: (-0,22; -0,06)] wynik istotny statystycznie (3 RCT; N=1 171(I)/1 216(C)) <u>Postrzeganie zagrożeń wynikających z korzystania z e-papierosów</u> SMD=-0,29 [95%CI: (-0,73; 0,15)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; N=212(I)/186(C))	papierosów oraz na ryzykowne nastawienia względem tego typu używek u młodzieży – odpowiednio – SMD=-0,15 oraz SMD=-0,14.

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
O'Logbon 2024⁵⁰ <u>Źródło finansowania:</u> Brak zewnętrznego źródła finansowania.	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IIIA Rodzaj włączonych badań: RCT i obserwacyjne. Liczba uwzględnionych badań: 42 (USA – 29; Australia – 3; Dania – 2; Szwajcaria – 2; Szwecja – 2; Wielka Brytania – 1; Nowa Zelandia – 1; Kanada – 1; Włochy – 1) Cel badania: określenie skuteczności interwencji cyfrowych w ograniczaniu używania substancji psychoaktywnych (alkohol, palenie tytoniu i inne substancje) wśród młodych ludzi między 10 a 24 r.ż. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 11.2020 r.	Populacja: - młodzież i młodzi dorośli między 10 a 24 r.ż., przynajmniej do problemu nadużywania substancji psychoaktywnych. <u>Liczebność populacji:</u> 19 155 Interwencja: - interwencje nacelowane na profilaktykę nadużywania substancji psychoaktywnych, wykorzystujące technologie cyfrowe – w ramach omawianej interwencji znajdują się działania wykorzystujące technologie cyfrowe. Mogły one być realizowane przy wykorzystaniu np. stron internetowych, aplikacji na komputery czy telefony komórkowe. Omawiane technologie mogły być wykorzystywane w celu, edukacji, nawigacji, monitorowania, motywowania i wspierania pacjentów w ich dążeniu do ograniczenia lub porzucenia nadmiernego korzystania z substancji psychoaktywnych. Komparator: - inne interwencje niż z wykorzystaniem technologii cyfrowych,	Interwencje nacelowane na profilaktykę nadużywania substancji psychoaktywnych, wykorzystujące technologie cyfrowe <u>Spożywanie alkoholu</u> <i>Ogółem</i> SMD=-0,12 [95%CI: (-0,17; -0,06)] wynik istotny statystycznie (11 RCT; N=2 914 (I)/ 2 296(C)) <i>W porównaniu do edukacji face-to-face</i> SMD=-0,11 [95%CI: (-0,29; 0,07)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=nie określono) <i>W porównaniu do braku interwencji</i> SMD=-0,13 [95%CI: (-0,19; -0,06)] wynik istotny statystycznie (6 RCT; N=nie określono) <i>W porównaniu do pasywnej edukacji</i> SMD=-0,00 [95%CI: (-0,28; 0,28)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; N=nie określono) <u>Abstynencja tytoniowa trwająca 30 dni</u> <i>Ogółem</i>	Interwencje nacelowane na profilaktykę nadużywania substancji psychoaktywnych, wykorzystujące technologie cyfrowe mogą mieć istotny statystycznie pozytywny wpływ na zmniejszenia spożywania alkoholu – SMD=-0,12. Interwencje korzystające z technologii cyfrowych, nie mają istotnego statystycznie wpływu na szansę uzyskania abstynencji tytoniowej trwająca 30 dni.

⁵⁰ 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. J. Ment. Health. 33(5): 645-673

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		- edukacja pasywna – ulotki, strony rządowe itp. Punkty końcowe: - spożywanie alkoholu, - abstynencja tytoniowa trwająca 30 dni.	OR=1,12 [95%CI: (0,70; 1,80)] wynik nieistotny statystycznie (7 RCT; N=1 591 (I)/ 1 495(C)) <i>W porównaniu do edukacji face-to-face</i> OR=0,94 [95%CI: (0,29; 3,05)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=nie określono) <i>W porównaniu do pasywnej edukacji</i> OR=1,40 [95%CI: (0,76; 2,59)] wynik nieistotny statystycznie (4 RCT; N=nie określono)	
Zhou 2023⁵¹ <u>Źródło finansowania:</u> <i>National High Level Hospital Clinical Research Funding.</i>	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA Rodzaj włączonych badań: RCT. Liczba uwzględnionych badań: 13 (USA – 5; Szwecja – 2; Chiny – 2; Kanada – 1; Tajlandia – 1; Szwajcaria – 1; nie określono – 1) Cel badania: określenie efektywności interwencji nacełowanych na zaprzestanie palenia tytoniu, za pośrednictwem telefonów komórkowych, w zakresie wsparcia młodych palaczy w eliminacji nałogu. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 03.2023 r.	Populacja: - paląca młodzież i dorośli między 16 a 30 r.ż. Liczebność populacji: 27 240 Interwencja: - interwencje z zakresu zaprzestania palenia tytoniu z wykorzystaniem technologii mobilnych – mogły to być edukacyjne wiadomości SMS lub aplikacje na telefony utworzone w celu porzucenia nałogu. Komparator: - brak interwencji. Punkty końcowe:	Edukacyjne wiadomości SMS z zakresu zaprzestania palenia tytoniu <u>Ciągłość abstynencji</u> <i>Ogółem</i> RR=1,51 [95%CI: (1,24; 1,84)] wynik istotny statystycznie (5 badań; N=1 677(I); 1 305(C)) <i>W perspektywie 1 miesiąca</i> RR=1,90 [95%CI: (1,29; 2,81)] wynik istotny statystycznie (3 badania; N=574(I); 283(C)) <i>W perspektywie 3 miesięcy</i> RR=1,64 [95%CI: (1,23; 2,18)]	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. Wiadomości te determinują także istotnie statycznie podwyższenie prawdopodobieństwa utrzymania ciągłości abstynencji zarówno w perspektywie 1, 3 oraz 6 miesięcy – odpowiednio RR=1,90, RR=1,64 oraz RR=1,35. Wysyłanie młodzieży i dorosłym edukacyjnych wiadomości SMS ukierunkowanych na zaprzestanie palenia, determinuje istotne statystycznie zwiększenie

⁵¹ 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

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		- ciągłość abstynencji, - abstynencja przez 7 kolejnych dni od ostatniej wizyty kontrolnej.	wynik istotny statystycznie (5 badań; N=1 640(I); 1 285(C)) <i>W perspektywie 6 miesięcy</i> RR=1,35 [95%CI: (1,04; 1,76)] wynik istotny statystycznie (3 badania; N=749 (I); 479(C)) <u>Abstynencja przez 7 kolejnych dni od ostatniej wizyty kontrolnej</u> <i>Ogółem</i> RR=1,83 [95%CI: (1,34; 2,48)] wynik istotny statystycznie (7 badań; N=3 168(I); 2 889(C)) <i>W perspektywie 1 miesiąca</i> RR=1,72 [95%CI: (1,13; 2,63)] wynik istotny statystycznie (3 badania; N=344(I); 164(C)) <i>W perspektywie 3 miesięcy</i> RR=2,54 [95%CI: (2,05; 3,14)] wynik istotny statystycznie (5 badań; N=1 391(I); 1 159(C)) <i>W perspektywie 6 miesięcy</i> RR=1,45 [95%CI: (0,92; 2,28)] wynik nieistotny statystycznie (3 badania; N=1 919 (I); 1 768(C)) Edukacyjne aplikacje mobilne z zakresu zaprzestania palenia tytoniu <u>Ciągłość abstynencji</u>	prawdopodobieństwa abstynencji tytoniowej przez 7 kolejnych dni od ostatniej wizyty kontrolnej, o 83% – RR=1,83. Wiadomości te determinują także istotne statycznie podwyższenie prawdopodobieństwa abstynencji tytoniowej przez 7 kolejnych dni od ostatniej wizyty kontrolnej, zarówno w perspektywie 1 jak i 3 miesięcy – odpowiednio RR=1,72 oraz RR=2,54. Edukacyjne aplikacje mobilne z zakresu zaprzestania palenia tytoniu nie mają istotnego statystycznie wpływu na prawdopodobieństwo utrzymania ciągłości abstynencji oraz abstynencji tytoniowej przez 7 kolejnych dni od ostatniej wizyty kontrolnej.

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<i>Ogółem</i> RR=1,27 [95%CI: (0,51; 3,15)] wynik nieistotny statystycznie (2 badania; N=10 247(I); 9 752(C)) <u>Abstynencja przez 7 kolejnych dni od ostatniej wizyty kontrolnej</u> <i>Ogółem</i> RR=1,27 [95%CI: (0,69; 2,38)] wynik nieistotny statystycznie (7 badań; N=979(I); 920(C))	
Ma 2023⁵² <u>Źródło finansowania:</u> <i>the National Institute on Drug Abuse</i> <i>U.S. Food and Drug Administration Center for Tobacco Products.</i>	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA Rodzaj włączonych badań: RCT. Liczba uwzględnionych badań: 12. Cel badania: określenie skuteczności wiadomości profilaktycznych nadsyłanych do młodzieży i młodych dorosłych korzystających z e-papierosów, celem zrozumienia ich teoretycznych mechanizmów. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 10.2024 r.	Populacja: - młodzież i młodzi dorośli (średni wiek <25 r.ż.) <u>Liczebność populacji:</u> 6 622 Interwencja: - profilaktyczne wiadomości dotyczące korzystania z e-papierosów – forma wiadomości mogła być dowolna i mogła uwzględniać takie elementy jak wiadomość tekstowa, filmy wideo bądź ulotki ostrzegawcze. Uwzględnione interwencje miały na celu zapobieganie używaniu e-papierosów a nie zaprzestanie palenia. Komparator: - brak interwencji,	Profilaktyczne wiadomości dotyczące korzystania z e-papierosów <u>Przyswojenie i przetwarzanie uzyskanych informacji</u> SMD=0,47 [95%CI: (-0,214; 1,151)] wynik nieistotny statystycznie (5 RCT; N=643) <u>Negatywna reakcja na uzyskane informacje</u> SMD=0,17 [95%CI: (-0,108; 0,454)] wynik nieistotny statystycznie (5 RCT; N=547) <u>Pragnienie skorzystania z e-papierosa</u> SMD=-0,21 [95%CI: (-0,432; 0,018)]	Wnioski autorów W ramach przeglądu wykazano, że w porównaniu do grupy kontrolnej, profilaktyczne wiadomości nt. e-papierosów mogą pozytywnie wpłynąć na postrzeganie uzależnienia oraz płynącego z niego szkód. Mogą także prowadzić do zwiększenia wiedzy nt. e-papierosów jak i minimalizować intencję do skorzystania z tych urządzeń. Podsumowując, obecna metaanaliza dostarcza dowody potwierdzające zasadność realizacji profilaktycznych wiadomości nt. e-papierosów. Omawiane działania mogą pozytywnie wpływać na uzależnienie, szkody z nim związane oraz nastawienie względem samego korzystania z takich urządzeń.

⁵² 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. Health Commun. 38(8): 1709-1722

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		- inne interwencje ukierunkowane na palenie. Punkty końcowe: - przyswojenie i przetwarzanie uzyskanych informacji – rozmyślanie przez uczestnika o uzyskanych informacjach, - negatywna reakcja na uzyskane informacje – negatywna reakcja emocjonalna uczestnika na uzyskane informacje, - pragnienie skorzystania z e-papierosa, - postrzeganie szkód wynikających z korzystania z e-papierosów, - postrzeganie prawdopodobieństwa szkód wynikających z korzystania z e-papierosów, - postrzeganie względne szkód wynikających z korzystania z e-papierosów – wiara uczestnika, że e-papierosy prowadzą do częstszych lub rzadszych szkód niż inne używki, - postrzeganie powagi problemu korzystania z e-papierosów – wiara uczestnika, że szkody zdrowotne wynikające z korzystania z e-papierosów są poważne, - postrzeganie nałogu – wiara uczestnika, że e-papierosy mogą uzależniać,	wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=340) <u>Postrzeganie szkód wynikających z korzystania z e-papierosów</u> SMD=0,30 [95%CI: (0,143; 0,447)] wynik istotny statystycznie (11 RCT; N=1 574) <u>Postrzeganie prawdopodobieństwa szkód wynikających z korzystania z e-papierosów</u> SMD=0,23 [95%CI: (0,155; 0,307)] wynik istotny statystycznie (13 RCT; N=3 100) <u>Postrzeganie względne szkód wynikających z korzystania z e-papierosów</u> SMD=0,14 [95%CI: (0,009; 0,268)] wynik istotny statystycznie (8 RCT; N=1 139) <u>Postrzeganie powagi problemu korzystania z e-papierosów</u> SMD=0,17 [95%CI: (-0,023; 0,363)] wynik nieistotny statystycznie (4 RCT; N=475) <u>Postrzeganie nałogu</u> SMD=0,39 [95%CI: (0,24; 0,541)] wynik istotny statystycznie (4 RCT; N=776)	

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		- postrzeganie prawdopodobieństwa uzależnienia się, - postrzeganie względne uzależnienia od e-papierosów – wiara uczestnika, że e-papierosy częściej lub rzadziej prowadzą do uzależnień niż inne używki, - poziom wiedzy nt. e-papierosów, - intencja korzystania z e-papierosów.	<u>Postrzeganie prawdopodobieństwa uzależnienia się</u> SMD=0,22 [95%CI: (0,138; 0,295)] wynik istotny statystycznie (10 RCT; N=2 826) <u>Postrzeganie względne uzależnienia od e-papierosów</u> SMD=0,33 [95%CI: (0,064; 0,603)] wynik istotny statystycznie (2 RCT; N=436) <u>Poziom wiedzy nt. e-papierosów</u> SMD=0,37 [95%CI: (0,177; 0,555)] wynik istotny statystycznie (4 RCT; N=1 197) <u>Intencja korzystania z e-papierosów</u> SMD=-0,09 [95%CI: (-0,163; -0,012)] wynik istotny statystycznie (16 RCT; N=2 786)	
Schweer-Collins 2023⁵³ <u>Źródło finansowania:</u> <i>National Institute on Drug Abuse</i>	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA Rodzaj włączonych badań: RCT. Liczba uwzględnionych badań: 29. Cel badania: ocena skuteczności krótkich interwencji antyuzywkowych dostarczanych w ogólnych placówkach opieki zdrowotnej	Populacja: - osoby o różnym stopniu nasilenia używania narkotyków lub alkoholu: - dorosłe >26 r.ż., - młodzi dorośli 18-25 lat; - młodzież <18 r.ż. Liczebność populacji: 12 074	Krótką interwencją antyuzywkową wśród młodzieży <u>Nadmierna konsumpcja alkoholu</u> <i>Okres obserwacji 3 mies.</i> ES=0,00 [95%CI: (-0,22; 0,23)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; N=nie podano)	Krótka interwencja antyuzywkowa prowadzona przez specjalistę behawioralnego w ogólnych placówkach opieki zdrowotnej istotnie statystycznie ogranicza konsekwencje używania narkotyków wśród młodych dorosłych w 3 miesięcznym okresie obserwacji.

⁵³ 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. Prev. Sci. 24(8): 1459-1482

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
	w odniesieniu do szeregu aspektów takich jak używanie alkoholu, narkotyków czy palenia tytoniu. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 31.03.2020 r.	Interwencja: - krótka interwencja antyuzywkowa prowadzona przez specjalistę behawioralnego: - w formie osobistej; - na oddziale ratunkowym; - w placówkach opieki zdrowotnej. Komparator: - brak leczenia; - terapia pozorowana; - standardowa opieka; - standardowa terapia. Punkty końcowe: - nadmierna konsumpcja alkoholu, - częstość spożywania alkoholu, - ilość spożywanego alkoholu, - częstość używania konopi indyjskich, - ilość używanych konopi indyjskich, - używanie tytoniu, - używanie narkotyków, - konsekwencje używania alkoholu, - konsekwencje używania narkotyków.	<u>Częstość spożycia alkoholu</u> <i>Okres obserwacji 3 mies.</i> ES=0,08 [95%CI: (-0,08; 0,26)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; N=nie podano) <i>Okres obserwacji 6 mies.</i> ES=0,22 [95%CI: (-0,07; 0,51)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=nie podano) <u>Częstość używania konopi indyjskich</u> <i>Okres obserwacji 3 mies.</i> ES=0,07 [95%CI: (-0,18; 0,33)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; N=nie podano) <i>Okres obserwacji 6 mies.</i> ES=-0,05 [95%CI: (-0,21; 0,11)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=nie podano) <u>Ilość używanych konopi indyjskich</u> <i>Okres obserwacji 3 mies.</i> ES=-0,10 [95%CI: (-0,27; 0,06)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; N=nie podano) <i>Okres obserwacji 6 mies.</i> ES=0,15 [95%CI: (-0,05; 0,35)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=nie podano)	Badana interwencja nie wykazała istotnego statystycznie wpływu na pozostałe badane punkty końcowe.

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<u>Konsekwencje używania alkoholu</u> <i>Okres obserwacji 3 mies.</i> ES=0,06 [95%CI: (-0,31; 0,43)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=nie podano) <u>Konsekwencje używania narkotyków</u> <i>Okres obserwacji 3 mies.</i> ES=0,10 [95%CI: (-3,74; 3,94)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=nie podano) Krótką interwencją antyżywkową wśród młodych dorosłych <u>Nadmierna konsumpcja alkoholu</u> <i>Okres obserwacji 3 mies.</i> ES=0,02 [95%CI: (-0,13; 0,16)] wynik nieistotny statystycznie (8 RCT; N=nie podano) <i>Okres obserwacji 6 mies.</i> ES=-0,01 [95%CI: (-0,13; 0,10)] wynik nieistotny statystycznie (6 RCT; N=nie podano) <i>Okres obserwacji 9-12 mies.</i> ES=0,01 [95%CI: (-0,20; 0,15)] wynik nieistotny statystycznie (6 RCT; N=nie podano) <u>Częstość spożywania alkoholu</u> <i>Okres obserwacji 3 mies.</i>	

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			ES=0,07 [95%CI: (-0,06; 0,20)] wynik nieistotny statystycznie (9 RCT; N=nie podano) <i>Okres obserwacji 6 mies.</i> ES=0,07 [95%CI: (-0,19; 0,34)] wynik nieistotny statystycznie (4 RCT; N=nie podano) <i>Okres obserwacji 9-12 mies.</i> ES=-0,01 [95%CI: (-0,51; 0,48)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=nie podano) <u>Ilość spożywanego alkoholu</u> <i>Okres obserwacji 3 mies.</i> ES=-0,01 [95%CI: (-0,08; 0,06)] wynik nieistotny statystycznie (10 RCT; N=nie podano) <i>Okres obserwacji 6 mies.</i> ES=-0,07 [95%CI: (-0,33; 0,18)] wynik nieistotny statystycznie (5 RCT; N=nie podano) <i>Okres obserwacji 9-12 mies.</i> ES=-0,04 [95%CI: (-0,19; 0,11)] wynik nieistotny statystycznie (7 RCT; N=nie podano) <u>Częstość używania konopi indyjskich</u> <i>Okres obserwacji 3 mies.</i> ES=0,18 [95%CI: (-0,15; 0,50)]	

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			wynik nieistotny statystycznie (5 RCT; N=nie podano) Okres obserwacji 6 mies. ES=-0,19 [95%CI: (-0,99; 0,60)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=nie podano) <u>Ilość używanych konopi indyjskich</u> Okres obserwacji 3 mies. ES=0,38 [95%CI: (-0,75; 1,50)] wynik nieistotny statystycznie (4 RCT; N=nie podano) Okres obserwacji 6 mies. ES=-0,17 [95%CI: (-1,40; 1,06)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=nie podano) <u>Używanie tytoniu</u> Okres obserwacji 3 mies. ES=0,06 [95%CI: (-0,35; 0,47)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; N=nie podano) <u>Używanie narkotyków</u> Okres obserwacji 3 mies. ES=-0,03 [95%CI: (-0,80; 0,73)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; N=nie podano) Okres obserwacji 6 mies. ES=-0,50 [95%CI: (-1,58; 0,58)]	

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=nie podano) <u>Konsekwencje używania alkoholu</u> <i>Okres obserwacji 3 mies.</i> ES=0,11 [95%CI: (-0,27; 0,49)] wynik nieistotny statystycznie (5 RCT; N=nie podano) <i>Okres obserwacji 6 mies.</i> ES=0,23 [95%CI: (-3,94; 4,39)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=nie podano) <i>Okres obserwacji 9-12 mies.</i> ES=0,06 [95%CI: (-0,42; 0,54)] wynik nieistotny statystycznie (4 RCT; N=nie podano) <u>Konsekwencje używania narkotyków</u> <i>Okres obserwacji 3 mies.</i> ES=0,27 [95%CI: (0,12; 0,42)] wynik istotny statystycznie (2 RCT; N=nie podano) <i>Okres obserwacji 6 mies.</i> ES=0,23 [95%CI: (-2,61; 3,07)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=nie podano)	

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
Champion 2022⁵⁴ <u>Źródło finansowania:</u> <i>National Health and Medical Research Council</i>	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA Rodzaj włączonych badań: RCT. Liczba uwzględnionych badań: 36 (USA – 24; Szwecja – 2; Holandia – 2; Turcja – 1; Ekwador – 1; Korea Południowa – 1; Chiny – 1; Iran – 1; Indie – 1; Niemcy – 1; Polska – 1). Cel badania: ocena skuteczności interwencji skierowanych do rodziców w ramach programu w zakresie modyfikacji spożycia alkoholu, palenia tytoniu, diety, aktywności fizycznej, siedzącego trybu życia i/lub snu wśród nastolatków i ich rodziców. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 2010 do 05.2021 r.	Populacja: - dzieci i młodzież od 8 do 16 r.ż. wraz z rodzicami. <u>Liczebność populacji:</u> <u>28 322 młodzieży</u> <u>7 385 rodziców</u> Interwencja: - interwencja skierowane do rodziców odnoszące się do co najmniej 2 zachowań ryzykownych takich jak: - spożywanie alkoholu, - palenie tytoniu, - zła dieta, - brak aktywności fizycznej, - zachowania sedentarne, - zła higiena sen. Komparator: - ogólna edukacja zdrowotna; - brak interwencji dla rodziców; - standardowe postępowanie. Punkty końcowe: - spożycie alkoholu przez dzieci ogółem, - spożycie alkoholu przez dzieci w ostatnim miesiącu,	Interwencje skierowane do rodziców ukierunkowane na zachowania ryzykowne <u>Spożycie alkoholu przez dzieci ogółem</u> OR=1,01 [95%CI: (0,82; 1,24)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; n/N= 503/852(I); 476/802(C)) <u>Spożycie alkoholu przez dzieci w ostatnim miesiącu</u> Ogółem OR=0,98 [95%CI: (0,79; 1,22)] wynik nieistotny statystycznie (4 RCT; n/N= 368/1 687(I); 362/1 630(C)) Krótki okres obserwacji OR=1,06 [95%CI: (0,36; 3,07)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; n/N= 27/270(I); 29/293(C)) Średni okres obserwacji OR=1,06 [95%CI: (0,66; 1,71)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; n/N= 40/501(I); 36/471(C)) Długi okres obserwacji OR=0,94 [95%CI: (0,69; 1,28)]	Interwencje skierowane do rodziców, ukierunkowane na wiele zachowań ryzykownych, mogą istotnie statystycznie zwiększać szansę palenia tytoniu przez dzieci ogółem OR=1,36. Badana interwencja nie wykazuje istotnego statystycznie wpływu na spożywanie alkoholu przez dzieci i młodzież.

⁵⁴ 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. Prev. Med. 164:107247

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		- palenie tytoniu przez dzieci ogółem, - palenie tytoniu przez dzieci w ostatnim miesiącu.	wynik nieistotny statystycznie (4 RCT; n/N= 301/916(I); 297/866(C)) <u>Palenie tytoniu przez dzieci ogółem</u> <i>Ogółem</i> OR=1,36 [95%CI: (1,06; 1,74)] wynik istotny statystycznie (4 RCT; n/N= 869/2 849(I); 587/2 395(C)) <i>Średni okres obserwacji</i> OR=1,47 [95%CI: (0,99; 2,18)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; n/N= 446/1 662(I); 289/1 374(C)) <i>Długi okres obserwacji</i> OR=1,28 [95%CI: (0,86; 1,90)] wynik nieistotny statystycznie (4 RCT; n/N= 393/1 187(I); 298/1 021(C)) <u>Palenie tytoniu przez dzieci w ostatnim miesiącu</u> <i>Ogółem</i> OR=1,40 [95%CI: (1,12; 1,90)] wynik istotny statystycznie (5 RCT; n/N= 221/1 813(I); 157/1 753(C)) <i>Krótki okres obserwacji</i> OR=1,21 [95%CI: (0,57; 2,54)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; n/N= 16/270(I); 14/293(C))	

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<i>Średni okres obserwacji</i> OR=1,27 [95%CI: (0,78; 2,08)] wynik nieistotny statystycznie (4 RCT; n/N= 42/568(I); 31/537(C)) <i>Długi okres obserwacji</i> OR=1,46 [95%CI: (1,12; 1,90)] wynik istotny statystycznie (4 RCT; n/N= 163/975(I); 112/923(C))	
Programy profilaktyczne				
Lekamge 2025⁵⁵ <u>Źródło finansowania:</u> Australian Government Research Training Program (RTP) Scholarship, Westpac Future Leaders Scholarship.	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA Rodzaj włączonych badań: RCT. Liczba uwzględnionych badań: 58 (Australia – 16; Dania – 8; Anglia – 6; USA – 7; Indie – 5; Finlandia – 4; Włochy – 3; Belgia – 2; Chiny – 2; Norwegia – 1; Holandia – 1; Pakistan – 1; Szwecja – 1; Kanada – 1). Cel badania: określenie efektywności działań profilaktycznych nacełowanych na poprawę zachowań zdrowotnych nastolatków, które obejmowały swoim zakresem całą szkołę. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 04.09.2023 r.	Populacja: - dzieci i młodzież między 12 a 18 r.ż. <u>Liczebność populacji:</u> nie określono Interwencja: - zorganizowane szkolne programy nacełowane na zapobieganie ryzykownym zachowaniom zdrowotnym oraz promowaniu zdrowia psychicznego – programy z tego zakresu uwzględniały komponenty ukierunkowane na modyfikację programu nauczania, etosu pracy, środowiska i społeczności szkolnej. Dodatkowo interwencje te były uniwersalne, obejmując swoim zakresem wszystkich uczniów w danej	Zorganizowane szkolne programy nacełowane na zapobieganie ryzykownym zachowaniom zdrowotnym oraz promowanie zdrowia psychicznego <u>Palenie tytoniu</u> <i>Ogółem</i> OR=0,98 [95%CI: (0,84; 1,13)] wynik nieistotny statystycznie (11 RCT; N=28 699) <i>Regularne palenie</i> OR=0,69 [95%CI: (0,55; 0,82)] wynik istotny statystycznie (8 RCT; N=15 598) <u>Spożywanie alkoholu</u> <i>Ogółem</i>	Zorganizowane szkolne programy nacełowane na zapobieganie ryzykownym zachowaniom zdrowotnym oraz promowanie zdrowia psychicznego mogą prowadzić do istotnego statystycznie obniżenia szans regularnego palenia tytoniu przez młodzież – OR=0,69. W przypadku spożywania alkoholu czy korzystania z innych substancji psychoaktywnych, programy te nie miały na nie istotnego statystycznie wpływu.

⁵⁵ 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. J. Youth Adolesc. 54(2): 271-289

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		placówce, a nie tylko osoby z grupy ryzyka. Komparator: - brak interwencji, - standardowe postępowanie. Punkty końcowe: - palenie tytoniu, - spożywanie alkoholu, - korzystanie z innych substancji psychoaktywnych.	OR=0,98 [95%CI: (0,76; 1,19)] wynik nieistotny statystycznie (5 RCT; N=22 248) <i>Regularne picie alkoholu</i> OR=0,92 [95%CI: (0,73; 1,11)] wynik nieistotny statystycznie (5 RCT; N=12 249) <u>Korzystanie z innych substancji psychoaktywnych</u> OR=1,01 [95%CI: (0,86; 1,17)] wynik nieistotny statystycznie (5 RCT; N=17 366)	
Rifat 2025⁵⁶ <u>Źródło finansowania:</u> <i>Department of Global Public Health, Karolinska Institutet.</i>	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA Rodzaj włączonych badań: RCT. Liczba uwzględnionych badań: 36 (USA – 26; Holandia – 2; Niemcy – 2; Szwecja – 1; międzynarodowe – 1; Polska – 1; Australia – 1; Indie – 1; Wielka Brytania – 1). Cel badania: określenie efektywności programów z zakresu zapobiegania i zaprzestania palenia tytoniu, uwzględniających także rodziców, w populacji dzieci i młodzieży ≤18 r.ż. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 27.11.2023 r.	Populacja: - dzieci i młodzież ≤18 r.ż. <u>Liczebność populacji:</u> 80 216 Interwencja: - programy ukierunkowane na zapobieganie lub zaprzestanie palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży, poprzez zaangażowanie rodziców – interwencja opierała się na zaangażowaniu do działań profilaktycznych rodziców. Rodzicom zostały przypisane zadania skoncentrowane na zachęcaniu dzieci i młodzieży do korzystania z interwencji profilaktycznych oraz ze szkoleń z zakresu poszczególnych umiejętności	Programy ukierunkowane na zapobieganie lub zaprzestanie palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży, poprzez zaangażowanie rodziców <u>Inicjacja palenia tytoniu</u> <i>Ogółem</i> RR=0,84 [95%CI: (0,76; 0,94)] wynik istotny statystycznie (24 RCT; N=nie określono) <i>W przeciągu ≤1 roku</i> RR=0,69 [95%CI: (0,47; 1,02)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=nie określono)	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. Dotyczy to także perspektywy >1 roku, obniżając prawdopodobieństwo inicjacji palenia tytoniu o 15% – RR=0,85.

⁵⁶ 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. J. Adolesc. Health. 76(4): 532-541

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		służącym przeciwdziałaniu paleniu. Komparator: • brak interwencji, • interwencje nieangażujące rodziców. Punkty końcowe: • inicjacja palenia tytoniu.	<i>W przeciągu >1 roku</i> RR=0,85 [95%CI: (0,76; 0,95)] wynik istotny statystycznie (22 RCT; N= nie określono)	
Vaihekoski 2022⁵⁷ <u>Źródło finansowania:</u> Brak zewnętrznego źródła finansowania	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny. Klasyfikacja AOTMiT: IB Rodzaj włączonych badań: RCT. Liczba uwzględnionych badań: 7 (Europa – 4; USA – 3). Cel badania: zbadanie postaw młodzieży wobec produktów nikotynowych i sposobów oddziaływania na nią. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 2012 r. do 10.2021 r.	Populacja: • dzieci i młodzież w wieku 9-17 lat. <u>Liczebność populacji:</u> 15 974 Interwencja: • interwencje profilaktyczne w szkołach; • reklamy dotyczące palenia tytoniu; • kampanie profilaktyczne dotyczące palenia tytoniu; • ostrzeżenia na paczkach papierosów. Komparator: • brak interwencji; • standardowy program edukacji. Punkty końcowe: • opinie i postawy nastolatków wobec używania wyrobów nikotynowych.	Autorzy przeglądu wskazali, że: <i>zgodnie z siedmioma badaniami zatwierdzonymi do tego systematycznego przeglądu, nastolatki mają pozytywne nastawienie do wyrobów tytoniowych oraz mają nieprawdziwe lub ograniczone informacje na temat produktów nikotynowych, szczególnie na temat nowych produktów nikotynowych.</i> <i>Nastolatki zgodziły się, że e-papierosy są zaawansowane technologicznie i uważały, że są wizualnie atrakcyjne. E-papierosy uważane są za społecznie pomocne lub fajne, a młodzież uważała, że produkty są przyjemne lub zabawne. Wyniki wykazały również silny efekt presji rówieśniczej, np. używanie e-papierosów.</i>	Wnioski autorów 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. Oprócz interwencji w szkołach, kampanie profilaktyczne na rzecz zapobiegania paleniu tytoniu oraz ostrzeżenia graficzne lub tekstowe dotyczące zagrożeń związanych z produktami nikotynowymi okazały się skutecznym sposobem na osłabienie pozytywnego nastawienia do produktów nikotynowych i zwiększenie negatywnych reakcji na nie. Kampanie powinny być skierowane do młodzieży i wykorzystywać media społecznościowe, z których młodzież korzysta w szerokim zakresie.

⁵⁷ Vaihekoski A., Lagström H., Eloranta S. et al. (2022). Influencing adolescents' attitudes towards nicotine products: A systematic review. Nordisk Alkohol Nark. 39(5): 568-584

			Interwencje profilaktyczne w szkołach <u>Opinie i postawy nastolatków wobec używania wyrobów nikotynowych</u> Autorzy przeglądu wskazali, że: <i>interwencje w szkole okazały się mieć wpływ na postawy nastolatków wobec palenia i zmniejszyły ryzyko rozpoczęcia palenia lub palenia przez nastolatków w ciągu całego życia.</i> (4 RCT; n=12 187) <i>Interwencje znacząco zwiększyły wiedzę na temat palenia i jego konsekwencji, a także zmniejszyły pozytywne postawy nastolatków wobec palenia.</i> (3 RCT; n=10 434) <i>Interwencje w szkole są skuteczne w ograniczaniu nawyków palenia.</i> (1 RCT; n=842) <i>Istotne jest, aby interwencje były skierowane do odpowiedniej grupy wiekowej. Palenie tytoniu zwykle rozpoczyna się w wieku dojrzewania i po tym okresie interwencje nie są już tak skuteczne jak wśród młodszych dzieci.</i> (2 RCT; n=2 595) Reklamy dotyczące palenia tytoniu <u>Opinie i postawy nastolatków wobec używania wyrobów nikotynowych</u> Autorzy przeglądu wskazali, że: <i>nieco poniżej 50% nastolatków zgodziło się lub zdecydowanie zgodziło się, że e-papierosy są zaawansowane technologicznie, a jedna trzecia uważała, że e-papierosy są atrakcyjne wizualnie. Ponad 25% uważało, że e-papierosy są społecznie pomocne lub fajne,</i>	
--	--	--	---	--

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			a 22% uważało, że są przyjemne lub zabawne. Ponad połowa nastolatków (54%) była podatna na próbowanie e-papierosów. Nastolatki chętniej próbują e-papierosów, jeśli produkt jest oferowany przez przyjaciela. (1 RCT; n=417) Kampanie profilaktyczne dotyczące palenia tytoniu <u>Opinie i postawy nastolatków wobec używania wyrobów nikotynowych</u> Autorzy przeglądu wskazali, że: młodzież, która widziała reklamy kampanii profilaktycznej, miała większą wiedzę na temat zagrożeń dla zdrowia związanych z paleniem i substancji chemicznych zawartych w dymie tytoniowym niż grupa kontrolna. Grupa badana częściej również wierzyła, że palenie może prowadzić do utraty kontroli nad życiem oraz wyrażała bardziej negatywne postawy wobec palenia niż grupa kontrolna. (1 RCT; n=3 258) Ostrzeżenia na paczkach papierosów <u>Opinie i postawy nastolatków wobec używania wyrobów nikotynowych</u> Autorzy przeglądu wskazali, że: wśród nastolatków, którzy zgłaszali, że widzieli jakiekolwiek ostrzeżenia, ostrzeżenia graficzne były skuteczniejsze niż ostrzeżenia tekstowe. Młodzież, która widziała ostrzeżenia graficzne, częściej omawiała je z rodzicami niż młodzież,	

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			która widziała ostrzeżenia tekstowe. Nastolatki zgłaszały, że czuły się smutniejsze i bardziej „obrzydzone” widząc ostrzeżenia graficzne. Wszyscy nastolatkarze, którzy widzieli ostrzeżenia (zarówno graficzne, jak i tekstowe), zareagowali na nie. Czuli zniechęcenie do palenia i martwili się o zdrowie swoich rodziców z powodu palenia. Dostrzegali szkodliwość palenia i podatność na palenie pomimo rodzaju ostrzeżenia. Ponad 60% nastolatków, którzy widzieli ostrzeżenia na paczkach papierosów swoich rodziców, rozmawiało o nich z rodzicami, innymi członkami rodziny, przyjaciółmi, chłopakiem/dziewczyną i kolegami z klasy. Najczęściej dyskusje dotyczyły negatywnych konsekwencji palenia, rzucania palenia, konkretnych konsekwencji zdrowotnych przedstawionych w ostrzeżeniu oraz wpływu biernego palenia na innych. Nastolatki, które widziały ostrzeżenia graficzne, częściej rozmawiały o nim z kimś innym niż te, które widziały ostrzeżenia wyłącznie w formie tekstowej (1 RCT; n=112)	
Song 2021⁵⁸ <u>Źródło finansowania:</u>	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA	Populacja: młodzież między 10 a 14 r.ż. <u>Liczebność populacji:</u> 65 374	Programy profilaktyczne ukierunkowane na zapobieganie lub zakończenie nałogu palenia tytoniu	Prowadzenie programów profilaktycznych ukierunkowanych na zapobieganie lub zakończenie nałogu palenia tytoniu, mogą istotnie

⁵⁸ Song R., Park M. (2021). Meta-analysis of the effects of smoking prevention programs for young adolescents. Child Health Nurs Res. 27(2): 95-110

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
<i>Chungnam National University.</i>	Rodzaj włączonych badań: RCT. Liczba uwzględnionych badań: 23 (USA – 5; Holandia – 5; Niemcy – 4; Hiszpania – 2; Chiny – 1; Wielka Brytania – 1; Dania – 1; Finlandia – 1; Włochy – 1; Czechy – 1; Taiwan – 1). Cel badania: określenie wpływu programów profilaktycznych ukierunkowanych na zapobieganie inicjacji palenia lub zaprzestanie palenia u nastolatków. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 31.10.2018 r.	Interwencja: - programy profilaktyczne ukierunkowane na zapobieganie lub zakończenie nałogu palenia tytoniu – programy te nie uwzględniały leczenia farmakologicznego. Były one natomiast skoncentrowane na edukacji dzieci i młodzieży w zakresie szkodliwości palenia przy użyciu różnych narzędzi edukacyjnych (maile, ulotki, telefony, sesje z edukatorem, filmy itp.). Interwencje mogły być ukierunkowane zarówno na młodzież w środowisku szkolnym, jaki i na ich rodziny. Komparator: - brak interwencji, - standardowe postępowanie. Punkty końcowe: - zachowania związane z paleniem tytoniu – powstrzymanie się od rozpoczęcia palenia, przerwanie palenia czy nie palenie na przestrzeni ostatniego miesiąca.	<u>Zachowania związane z paleniem tytoniu</u> <i>Ogółem</i> OR=0,85 [95%CI: (0,77; 0,93)] wynik istotny statystycznie (23 RCT; N=nie określono) <i>W przeciągu ≤1 roku</i> OR=0,85 [95%CI: (0,73; 1,00)] wynik nieistotny statystycznie (10 RCT; N=nie określono) <i>W przeciągu >1 roku</i> OR=0,85 [95%CI: (0,78; 0,93)] wynik istotny statystycznie (21 RCT; N= nie określono) <i>Programy skierowane do rodzin</i> OR=1,20 [95%CI: (0,99; 1,46)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; N= nie określono) <i>Programy szkolne</i> OR=0,79 [95%CI: (0,75; 0,83)] wynik istotny statystycznie (18 RCT; N= nie określono) <i>Programy internetowe</i> OR=1,07 [95%CI: (0,82; 1,40)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N= nie określono)	statystycznie pozytywnie wpływać na prezentowane przez młodzież zachowania związane z paleniem, obejmujące powstrzymanie się od rozpoczęcia palenia, przerwanie palenia czy nie palenie na przestrzeni ostatniego miesiąca – OR=0,85. Programy te mogą także istotnie statystycznie, pozytywnie wpłynąć na te zachowania w dłuższej perspektywie czasowej (>1 roku) – OR=0,85. Programy profilaktyczne nacelowane na palenie tytoniu mają istotny statystycznie pozytywny wpływ na zachowania związane z paleniem u młodzieży, w przypadku realizacji ich przez szkoły – OR=0,79. Programy profilaktyczne nacelowane na palenie tytoniu mają istotny statystycznie pozytywny wpływ na zachowania związane z paleniem u młodzieży, w przypadku realizacji interwencji przez edukatora lub przeszkolonych nauczycieli – OR=0,77. Programy profilaktyczne o wysokiej intensywności mogą mieć istotny statystycznie pozytywny wpływ na zachowania związane z paleniem u młodzieży – OR=0,82.

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<i>Interwencje realizowane przez osobę ze środowiska medycznego</i> OR=1,09 [95%CI: (0,95; 1,25)] wynik nieistotny statystycznie (6 RCT; N= nie określono) <i>Interwencje realizowane przez inne osoby</i> OR=0,88 [95%CI: (0,74; 1,06)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; N= nie określono) <i>Interwencje realizowane przez edukatora lub przeszkolonych nauczycieli</i> OR=0,77 [95%CI: (0,71; 0,83)] wynik istotny statystycznie (14 RCT; N= nie określono) <i>Programy prowadzone w szkołach</i> OR=0,82 [95%CI: (0,74; 0,90)] wynik istotny statystycznie (17 RCT; N= nie określono) <i>Programy prowadzone poza szkołami/w innych środowiskach</i> OR=0,92 [95%CI: (0,78; 1,09)] wynik nieistotny statystycznie (8 RCT; N= nie określono) <i>Programy o wysokiej intensywności</i> OR=0,82 [95%CI: (0,75; 0,91)]	

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			wynik istotny statystycznie (16 RCT; N= nie określono) <i>Programy o niskiej intensywności</i> OR=0,94 [95%CI: (0,80; 1,11)] wynik nieistotny statystycznie (7 RCT; N= nie określono)	
Cho 2021⁵⁹ <u>Źródło finansowania:</u> Brak zewnętrznego źródła finansowania	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IA Rodzaj włączonych badań: RCT. Liczba uwzględnionych badań: 12 (USA – 6; Holandia – 2; Szwecja – 2; Irlandia – 1; Anglia – 1). Cel badania: oszacowanie efektywności programów profilaktycznych ukierunkowanych na spożywanie alkoholu wśród młodzieży. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 1.01.2010 do 30.04.2021 r.	Populacja: - młodzież między 13 a 18 r.ż. Liczebność populacji: 16 661 Interwencja: - programy profilaktyczne ukierunkowane na spożycie alkoholu wśród młodzieży – programy te mogły być nacelowane zarówno na populację młodzieży w wieku szkolnym jak i ich rodziny bądź też społeczności w jakich przebywają. Interwencje z kolei uwzględniały głównie działania zwiększające wiedzę nt. alkoholu, rozwijające przydatne umiejętności przeciwdziałające nałogowemu piciu oraz motywujące do podjęcia tych działań. Komparator: - standardowe postępowanie. Punkty końcowe: - częstotliwość spożycia alkoholu,	Programy profilaktyczne ukierunkowane na spożycie alkoholu wśród młodzieży <u>Częstotliwość spożycia alkoholu</u> Hg=0,06 [95%CI: (-0,57; 0,69)] wynik nieistotny statystycznie (5 RCT; N=3 712) <u>Ilość spożywanego alkoholu</u> Hg =-0,46 [95%CI: (-0,87; -0,05)] wynik istotny statystycznie (8 RCT; N=11 514) <u>Częstotliwość upijania się</u> Hg=0,29 [95%CI: (-0,46; 1,03)] wynik nieistotny statystycznie (6 RCT; N= 3 933) <u>Poziom wiedzy</u> Hg=0,54 [95%CI: (0,03; 1,06)] wynik istotny statystycznie (2 RCT; N=2 483) <u>Nastawienie względem alkoholu</u>	Wnioski autorów 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.

⁵⁹ Cho M.K., Cho Y.H. (2021). Do Alcohol Prevention Programs Influence Adolescents' Drinking Behaviors? A Systematic Review and Meta-Analysis. Int. J. Environ. Res. Public Health. 18(16): 8524

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		- ilość spożywanego alkoholu, - częstotliwość upijania się, - poziom wiedzy, - nastawienie względem alkoholu, - szkody wynikające ze spożywania alkoholu, - zamiar spożywania alkoholu.	Hg=-0,01 [95%CI: (-0,10; 0,08)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N=2 483) <u>Szkody wynikające ze spożywania alkoholu</u> Hg=0,01 [95%CI: (-0,06; 0,08)] wynik nieistotny statystycznie (2 RCT; N= 3 174) <u>Zamiar spożywania alkoholu</u> Hg=0,07 [95%CI: (-0,08; 0,23)] wynik nieistotny statystycznie (3 RCT; N= 646)	
Czynniki ryzyka				
Yimer 2024⁶⁰ <u>Źródło finansowania:</u> <i>Australian Government, Department of Health.</i>	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IIIA Rodzaj włączonych badań: obserwacyjne. Liczba uwzględnionych badań: 18 (USA – 16; Wielka Brytania – 1; Niemcy – 1). Cel badania: określenie związku między paleniem nikotyny a korzystaniem z wyrobów zawierających kanabis. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: od 2018 r. do 2023 r.	Populacja: - ogólna. <u>Liczebność populacji:</u> 162 317 Interwencja: - obserwacja pacjentów korzystających z poszczególnych form podaży nikotyny w tym: - tradycyjnych papierosów, - tytoniu palnego, - e-papierosów, - jakiegokolwiek inne formy.	Korzystanie z tytoniu palnego <u>Korzystanie z wyrobów zawierających kanabis</u> <i>Ogółem</i> OR=4,87 [95%CI: (1,89; 12,55)] wynik istotny statystycznie (3 badania; N=nie określono) <i>Intensywne korzystanie z używki</i> OR=4,41 [95%CI: (3,27; 5,95)] wynik istotny statystycznie (1 badanie; N=nie określono) <i>Zaburzenia wynikające z nadużywania kanabisu</i>	Korzystanie z wyrobów zawierających palny tytoń, determinuje istotne statystycznie zwiększenie szansy na: - korzystanie z wyrobów zawierających kanabis ogółem – OR=4,87; - korzystanie z wyrobów zawierających kanabis w sposób intensywny – OR=4,41; - wystąpienie zaburzeń wynikających z nadużywania kanabisu – OR=2,60. Korzystanie z tradycyjnych papierosów, determinuje istotne statystycznie zwiększenie szansy na:

⁶⁰ Yimer T.M., McClure-Thomas C., Stjepanovic D. et al. (2024). The relationship between cannabis and nicotine use: A systematic review and meta-analysis. Addiction. 119(12): 2076-2087

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
		• obserwacja pacjentów korzystających z wyrobów zawierających kanabis. Komparator: • obserwacja pacjentów nie korzystających z wyrobów zawierający nikotynę, • obserwacja pacjentów nie korzystających z wyrobów zawierający kanabis. Punkty końcowe: • palenie kanabisu, • korzystanie z wyrobów zawierających nikotynę.	OR=2,60 [95%CI: (2,29; 2,96)] wynik istotny statystycznie (1 badanie; N=nie określono) Palenie tradycyjnych papierosów <u>Korzystanie z wyrobów zawierających kanabis</u> <i>Ogółem</i> OR=4,85 [95%CI: (2,92; 8,09)] wynik istotny statystycznie (2 badania; N=nie określono) <i>Intensywne korzystanie z używki</i> OR=4,41 [95%CI: (3,27; 5,95)] wynik istotny statystycznie (1 badanie; N=nie określono) <i>Zaburzenia wynikające z nadużywania kanabisu</i> OR=2,60 [95%CI: (2,29; 2,96)] wynik istotny statystycznie (1 badanie; N=nie określono) Palenie e-papierosów <u>Korzystanie z wyrobów zawierających kanabis</u> <i>Ogółem</i> OR=5,53 [95%CI: (3,68; 8,33)] wynik istotny statystycznie (4 badania; N=nie określono) <i>Intensywne korzystanie z używki</i>	• korzystanie z wyrobów zawierających kanabis ogółem – OR=4,85; • korzystanie z wyrobów zawierających kanabis w sposób intensywny – OR=4,41; • wystąpienie zaburzeń wynikających z nadużywania kanabisu – OR=2,60. Korzystanie z e-papierosów, determinuje istotne statystycznie zwiększenie szansy na: • korzystanie z wyrobów zawierających kanabis ogółem – OR=5,53; • korzystanie z wyrobów zawierających kanabis w sposób intensywny – OR= OR=3,41. Korzystanie z wyrobów zawierających nikotynę, determinuje istotne statystycznie zwiększenie szansy na: • korzystanie z wyrobów zawierających kanabis ogółem – OR=5,39; • korzystanie z wyrobów zawierających kanabis w sposób intensywny – OR=3,92; • wystąpienie zaburzeń wynikających z nadużywania kanabisu – OR=2,60. Korzystanie z wyrobów zawierających kanabis, determinuje istotne statystycznie zwiększenie szansy na korzystanie z wyrobów zawierających nikotynę – OR=4,08.

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			OR=3,41 [95%CI: (2,42; 4,81)] wynik istotny statystycznie (1 badanie; N=nie określono) Korzystanie z wyrobów zawierających nikotynę <u>Korzystanie z wyrobów zawierających kanabis</u> <i>Ogółem</i> OR=5,39 [95%CI: (3,19; 9,11)] wynik istotny statystycznie (5 badania; N=nie określono) <i>Intensywne korzystanie z używki</i> OR=3,92 [95%CI: (2,24; 6,87)] wynik istotny statystycznie (2 badania; N=nie określono) <i>Zaburzenia wynikające z nadużywania kanabisu</i> OR=2,60 [95%CI: (2,29; 2,96)] wynik istotny statystycznie (1 badanie; N=nie określono) Korzystanie z wyrobów zawierających kanabis <u>Korzystanie z wyrobów zawierających nikotynę</u> <i>Ogółem</i> OR=4,08 [95%CI: (2,05; 8,11)] wynik istotny statystycznie (9 badań; N=nie określono)	

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			<i>Codzienne korzystanie z nikotyny</i> OR=2,95 [95%CI: (0,69; 12,59)] wynik nieistotny statystycznie (4 badania; N=nie określono) <i>Korzystanie z nikotyny wśród młodzieży</i> OR=3,48 [95%CI: (0,94; 12,87)] wynik nieistotny statystycznie (6 badań; N=nie określono)	
Wang 2022⁶¹ <u>Źródło finansowania:</u> <i>the Natural Science Foundation of China</i> <i>the Key R&D Project of Sichuan Province,</i> <i>the Xinglin Scholar Research Promotion Project of Chengdu University of TCM,</i> <i>the Training Funds of Academic and Technical Leader in Sichuan Province.</i>	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IIIA Rodzaj włączonych badań: obserwacyjne. Liczba uwzględnionych badań: 16 (Chiny – 8; Hiszpania – 2; Liban – 2; USA – 1; Szwajcaria – 1; Iran – 1; Etiopia – 1) Cel badania: określenie związku między zespołem uzależnienia od Internetu a określonymi szkodliwymi zachowaniami zdrowotnymi wśród młodzieży i młodych dorosłych. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 08.2021 r.	Populacja: - młodzież i dorośli między 12 a 25 r.ż., ze stwierdzonym zespołem uzależnienia od Internetu. <u>Liczebność populacji:</u> 61 748 Interwencja: - obserwacja osób, ze stwierdzoną obecnością zespołu uzależnienia od Internetu. Komparator: - obserwacja osób, bez zespołu uzależnienia od Internetu. Punkty końcowe: - palenie tytoniu, - spożywanie alkoholu.	Obecność zespołu uzależnienia od Internetu <u>Spożywanie alkoholu</u> OR=1,75 [95%CI: (1,65; 1,85)] wynik istotny statystycznie (6 badań; N=44 667) <u>Palenie tytoniu</u> OR=1,63 [95%CI: (1,54; 1,72)] wynik istotny statystycznie (4 badania; N=46 345)	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 oraz OR=1,63.

⁶¹ 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. Front Public Health. 10: 809232

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
Vrijen 2021⁶² <u>Źródło finansowania:</u> <i>Brak zewnętrznego źródła finansowania.</i>	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IIIA Rodzaj włączonych badań: obserwacyjne. Liczba uwzględnionych badań: 28 Cel badania: określenie związku między znęcaniem się rówieśniczym w dzieciństwie i okresie dojrzewania, a późniejszym używaniem substancji psychoaktywnych. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 14.03.2019 r.	Populacja: - dzieci i młodzież <18 r.ż. Liczebność populacji: 28 477 Interwencja: - obserwacja osób, znęcających się w dzieciństwie i okresie dojrzewania nad rówieśnikami. Komparator: - obserwacja osób, nie znęcających się nad rówieśnikami. Punkty końcowe: - zażywanie narkotyków, - spożywanie alkoholu, - palenie tytoniu, - ogólne korzystanie z substancji odurzających.	Znęcanie się nad rówieśnikami w dzieciństwie lub okresie dojrzewania <u>Zażywanie narkotyków</u> OR=1,76 [95%CI: (1,41; 2,20)] wynik istotny statystycznie (9 badań; N=11 763) <u>Spożywanie alkoholu</u> OR=1,62 [95%CI: (1,35; 1,93)] wynik istotny statystycznie (14 badań; N=12 022) <u>Palenie tytoniu</u> OR=1,96 [95%CI: (1,50; 2,57)] wynik istotny statystycznie (7 badań; N=9 911) <u>Ogólne korzystanie z substancji odurzających</u> OR=3,25 [95%CI: (1,96; 5,38)] wynik istotny statystycznie (2 badania; N=7 013) Doświadczenie znęcania się z powodu działań mających na celu dręczenie innych <u>Zażywanie narkotyków</u> OR=1,61 [95%CI: (1,14; 2,28)]	Znęcanie się przez dzieci i młodzież nad rówieśnikami, determinuje istotne statystycznie podwyższenie szansy na: - zażywanie narkotyków – OR=1,76; - picie alkoholu – OR=1,62; - palenie tytoniu – OR=1,96; - ogólne korzystanie z substancji odurzających – OR=3,25. Doświadczenie przez dzieci i młodzież znęcania się, jako odwetu za wcześniejsze działania tego typu wymierzone w inne osoby, determinuje istotne statystycznie podwyższenie szansy na: - zażywanie narkotyków – OR=1,61; - palenie tytoniu – OR=2,61; - ogólne korzystanie z substancji odurzających – OR=3,61.

⁶² Vrijen C., Wiertsema M., Ackermans M.A. et al. (2021). Childhood and Adolescent Bullying Perpetration and Later Substance Use: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 147(3): e2020034751

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
			wynik istotny statystycznie (4 badania; N=6 461) <u>Spożywanie alkoholu</u> OR=1,16 [95%CI: (0,88; 1,54)] wynik nieistotny statystycznie (5 badań; N=6 340) <u>Palenie tytoniu</u> OR=2,61 [95%CI: (1,14; 5,98)] wynik istotny statystycznie (4 badania; N=5 629) <u>Ogólne korzystanie z substancji odurzających</u> OR=3,61 [95%CI: (2,07; 6,31)] wynik istotny statystycznie (3 badania; N=7 432)	
Yoong 2021⁶³ <u>Źródło finansowania:</u> World Health Organization, the Bill and Melinda Gates Foundation.	Rodzaj publikacji: przegląd systematyczny z metaanalizą. Klasyfikacja AOTMiT: IIIA Rodzaj włączonych badań: obserwacyjne. Liczba uwzględnionych badań: 13 (USA – 13; Niemcy – 3; Wielka Brytania – 2; Szkocja – 1; Kanada – 1; Finlandia – 1; Meksyk – 1; Tajwan – 1; Holandia – 1; Rumunia – 1) Cel badania: określenie związku między korzystaniem przez dzieci i młodzież <20 r.ż., z elektronicznych systemów podarzy nikotyny	Populacja: - dzieci i młodzież <20 r.ż. <u>Liczebność populacji:</u> 93 411 Interwencja: - obserwacja osób korzystających z e-papierosów i elektronicznych systemów wytwarzających areozol bez zawartości nikotyny. Komparator:	Korzystanie z e-papierosów <i>Korzystanie z takich urządzeń kiedykolwiek</i> <u>Palenie papierosów kiedykolwiek</u> RR=3,01 [95%CI: (2,37; 3,82)] wynik istotny statystycznie (17 badań; N=61 719) <u>Obecne palenie papierosów</u> RR=2,56 [95%CI: (1,61; 4,07)]	Korzystanie kiedykolwiek przez dzieci i młodzież z e-papierosów prowadzi do istotnego statystycznie podwyższenia prawdopodobieństwa zarówno palenie papierosów kiedykolwiek na przestrzeni życia, jak i obecnego palenia papierosów – odpowiednio RR=3,01 oraz RR=2,56. Korzystanie obecnie przez dzieci i młodzież z e-papierosów prowadzi do istotnego statystycznie podwyższenia prawdopodobieństwa palenia papierosów kiedykolwiek na przestrzeni życia – RR=2,63.

⁶³ 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

Badanie	Metodyka	PICO	Wyniki	Interpretacja wyników
	i elektronicznych systemów wytwarzających areozol bez zawartości nikotyny, a przyszłym i obecnym korzystaniem z wyrobów tytoniowych. Przedział czasu objęty wyszukiwaniem: do 09.2020 r.	• obserwacja osób nie korzystających z takich urządzeń. Punkty końcowe: • palenie papierosów kiedykolwiek, • obecne palenie papierosów, • palenie papierosów obecnie lub kiedykolwiek.	wynik istotny statystycznie (6 badań; N=18 889) <i>Korzystanie z takich urządzeń obecnie</i> <u>Palenie papierosów kiedykolwiek</u> RR=2,63 [95%CI: (1,94; 3,57)] wynik istotny statystycznie (4 badania; N=30 365) <u>Obecne palenie papierosów</u> RR=1,88 [95%CI: (0,34; 10,30)] wynik nieistotny statystycznie (2 badania; N=18 889) Korzystanie z elektronicznych systemów produkujących areozol bez zawartości nikotyny <u>Palenie papierosów obecnie lub kiedykolwiek</u> RR=2,56 [95%CI: (0,47; 13,94)] wynik nieistotny statystycznie (2 badania; N=4 116)	

7.3.2. Charakterystyka i wyniki badań włączonych do analizy bezpieczeństwa

W wyniku prac analitycznych nie odnaleziono wtórnych doniesień naukowych oraz rekomendacji klinicznych, które odnosiły się do potencjalnych działań/zdarzeń niepożądanych związanych z realizacją działań nakierowanych na profilaktykę uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych.

7.3.3. Przegląd analiz ekonomicznych

W wyniku prac analitycznych nie odnaleziono analiz ekonomicznych, które odnosiły się do kosztów i efektywności ekonomicznej realizacji działań nakierowanych na profilaktykę uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych.

7.4. Ograniczenia analizy klinicznej

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

- Uwzględniono wyłącznie publikacje w języku angielskim i polskim.
- Biorąc pod uwagę, że niniejsze opracowanie stanowi aktualizację raportu OT.423.6.2019, wyszukiwanie systematyczne zostało zawężone do badań opublikowanych po dacie wykonanego pierwszego wyszukiwania, tj. 18.09.2025 r.
- Wyszukiwanie, w pierwszej kolejności, zawężono do najwyższych poziomów hierarchii doniesień naukowych, tj. metaanaliz, przeglądów systematycznych (badania wtórne) oraz rekomendacji.
- Badania uwzględnione we wtórnych doniesieniach naukowych dotyczyły zróżnicowanej populacji pod względem pochodzenia etnicznego i położenia geograficznego.
- Uwzględnione we wtórnych doniesieniach naukowych badania pierwotne cechowały się dużą heterogenicznością (m.in. zróżnicowane metody prezentacji analizowanych danych czy różnice w zakresie stosowanych interwencji).
- Wyszukane publikacje zostały utworzone w powiązaniu z kontekstem kulturowym, ekonomicznym oraz sposobem funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, który pod różnymi względami może być odmienny od rozwiązań stosowanych w Polsce.

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

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

Tabela 18. Warunki realizacji wskazane w rekomendacji nr 12/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa AOTMiT 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

Wymagania	Warunki realizacji
Wymagania wobec personelu	<u>Szkolenia personelu medycznego:</u> - Lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce i leczeniu uzależnień od substancji psychoaktywnych („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu. <u>Działania informacyjno-edukacyjne:</u> - Lekarz, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ. <u>Szkolenia dla dzieci i młodzieży:</u> - Lekarz, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia szkoleń wśród populacji dzieci i młodzieży, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ. <u>Szkolenia dla pracodawców</u> - Lekarz, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia szkoleń dla pracodawców, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ. <u>Wizyta kwalifikacyjna</u> - Lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce i leczeniu uzależnień od substancji psychoaktywnych lub - lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego. <u>Interwencja antyżywkowa</u> - Lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu uzależnień od substancji psychoaktywnych i przeprowadzeniu interwencji antyżywkowych.
Wymagania dot. wyposażenia i warunków lokalowych sprzętowe	W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym w tym w szczególności zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

Tabela 19. Warunki realizacji opracowane na podstawie odnalezionych rekomendacji

Wymagania	Warunki realizacji
Wymagania wobec personelu	<u>Wykształcenie:</u> - Zespół terapeutyczny powinien mieć charakter interdyscyplinarny i składać się ze specjalistów psychoterapii uzależnień, lekarzy, psychologów, psychoterapeutów oraz instruktorów terapii uzależnień (KCPU 2025). - Odrębne miejsce w zespole terapeutycznym zajmuje psycholog, którego zadaniem jest np. dokonywanie pogłębionej diagnozy psychologicznej czy podejmowanie interwencji kryzysowych (KCPU 2025).

	- Krótkie interwencje powinny być prowadzone przez przeszkolone osoby (nauczyciele, pedagog, psycholog, lekarz) (KCPU 2025). - Trenerzy, którzy pracują z młodzieżą przy realizacji programów interwencyjnych powinni być wybierani spośród osób niepalących lub byłych palaczy (NIZP PZH PIB 2020). - Zaleca się zapewnienie interwencji w zakresie zapobiegania paleniu tytoniu przez nauczycieli i asystentów dydaktycznych wyższego szczebla, którzy są kompetentni w tej dziedzinie lub przez ekspertów zewnętrznych. W przypadku ekspertów zewnętrznych, powinni być przeszkoleni do pracy z dziećmi i młodzieżą w zakresie problematyki tytoniowej (NICE 2025). - Zaleca się przeszkolenie całego personelu medycznego pierwszej linii do udzielania krótkich porad na temat rzucania palenia. Należy również przeszkolić personel w zakresie wystawiania skierowań do instytucji specjalistycznych (NICE 2025).
--	--

Tabela 20. Warunki realizacji opracowane na podstawie opinii ekspertów

Wymagania	Warunki realizacji
Wymagania wobec ośrodka	Eksperti nie wnieśli w tym zakresie uwag wskazując, że warunki te powinny zostać dostosowane w procesie planowania każdego PPZ.
Wymagania wobec personelu	<u>Działania informacyjno-edukacyjne:</u> - profesjonalista posiadający wiedzę i doświadczenie z zakresu profilaktyki uzależnień, - psycholog, - psychoterapeuta uzależnień, - pedagog, - profilaktyk uzależnień, - absolwent zdrowia publicznego [Za1 2]. <u>Szkolenia dla personelu medycznego:</u> - psycholog, - psychoterapeuta uzależnień, - lekarz [Za1 2].
Wymagania sprzętowe	Eksperti nie wnieśli w tym zakresie uwag wskazując, że warunki te powinny zostać dostosowane w procesie planowania każdego PPZ.

Warunki realizacji zgodne z rozporządzeniami Ministra Zdrowia

Warunki realizacji zgodne z rozporządzeniami MZ zostały opisane w rozdziale 4. Aktualne postępowanie w ocenianym zagadnieniu – wskazanie dostępnych technologii medycznych i stan ich finansowania.

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

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

Tabela 21. Wskaźniki odnoszące się do monitorowania i ewaluacji wskazane w rekomendacji nr 12/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa AOTMiT 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

	Wskaźniki
Mierniki efektywności odpowiadające celom programu	• Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test. • Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test. • Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test. • Odsetek pracodawców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich pracodawców, którzy wypełnili pre-test. • Odsetek osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, u których doszło do ograniczenia lub całkowitego zaprzestania użytkowania danej substancji, w stosunku do wszystkich osób poddanych interwencji antyżywkowej.
Monitorowanie	<u>Ocena zgłaszalności do programu:</u> • Liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie i wzięły udział w wywiadzie kwalifikacyjnym. • Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej. • Liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjno-informacyjnym. • Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na każdym zaplanowanym etapie. • Liczba dzieci i młodzieży, które wzięły udział w zaplanowanych szkoleniach z zakresu profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych. • Liczba osób poddanych interwencji antyżywkowej. • Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów). • liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie na każdym zaplanowanym etapie. <u>Ocena jakości świadczeń w ramach programu</u> • Każdemu uczestnikowi PPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. • Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta.
Ewaluacja	• Odsetek osób, u których doszło do ograniczenia lub całkowitego porzucenia nałogu. • Odsetek osób, u których doszło do wystąpienia uzależnienia od substancji psychoaktywnych pomimo przeprowadzonych działań profilaktycznych, w stosunku do wszystkich osób uczestniczących w programie, • Liczba osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i posttestu) na temat uzależnień od substancji psychoaktywnych. • Odsetek osób, u których doszło do stwierdzenia obecności uzależnienia od jakichkolwiek substancji psychoaktywnych.

	• Odsetek osób skierowanego na leczenie w związku z obecnością uzależnienia od substancji psychoaktywnych.
--	--

Tabela 22. Wskaźniki odnoszące się do monitorowania i ewaluacji wskazane w opiniach ekspertów

Opinia eksperta	Zaproponowane wskaźniki
dr hab. n. med. Łukasz Balwicki – Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego [Za1 2]	• Odsetek osób uzależnionych od nikotyny, u których doszło do ograniczenia lub całkowitego zaprzestania palenia tytoniu, w stosunku do wszystkich osób poddanych interwencji antyżywkowej. • Odsetek dzieci i młodzieży objętej rekomendowanymi programami profilaktyki uzależnień w stosunku do wszystkich uczniów objętych programem.
dr n. med. Bogusława Bukowska – Dyrektor Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom [Za1 3]	• Nie ma uniwersalnych wskaźników. Ich określenie powinno nastąpić gdy konkretny program jest planowany. Inne wskaźniki będą jeśli program dotyczy młodzieży używającej substancji, już po inicjacji, a inne wówczas jeśli młodzież nie używała substancji.

10. Analiza raportów końcowych

Zgodnie z art. 48aa ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2023 poz. 1429 z późn. zm.), Agencja, do dnia 29.08.2025 r. otrzymała 3 oświadczenia w zakresie zgodności PPZ z rekomendacją nr 12/2020 dotyczącą profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych. Zgodnie z informacjami, zawartymi w oświadczeniach, programy te są nadal realizowane w województwach mazowieckim oraz lubuskim.

Agencja otrzymała także 3 raporty końcowe do programów polityki zdrowotnej odnoszących się do profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych. Raporty te wpłynęły z Urzędu Miejskiego w Policach.

Populacją docelową włączaną do programów polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki uzależnień były osoby uzależnione od alkoholu w Policach.

Do głównych interwencji podejmowanych w ramach PPZ należały: „pierwszy kontakt z pacjentem”, wstępna diagnoza syndromu DDA, konsultacja psychologa klinicznego, konsultacja lekarza psychiatry, diagnoza psychologiczna, diagnoza psychiatryczna.

W raportach końcowych nie wskazano wyników monitorowania i ewaluacji programu.

Nie wskazano również kwestii występowania problemów podczas realizacji PPZ.

11. Podsumowanie wniosków z poprzedniej wersji raportu OT.423.6.2019

Informacje przedstawione poniżej stanowią podsumowanie z odnalezionych i opisanych w 2020 roku rekomendacji klinicznych, opinii ekspertów, przeglądów systematycznych, weryfikacji założeń zgromadzonych PPZ oraz opinii Prezesa wydanych do przedmiotowych PPZ.

Problem decyzyjny

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

Podsumowanie problemu zdrowotnego

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

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

Alkohol

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

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

Ponieważ uzależnienie jest chorobą przewlekłą, optymalnym celem w leczeniu osób uzależnionych jest osiągnięcie trwałej abstynencji. Problem stanowi jednak brak akceptacji tego celu przez część osób uzależnionych oraz trudność w jego osiągnięciu. Metodami leczenia uzależnienia od alkoholu są psychoterapia i farmakoterapia. Badania potwierdzają nieskuteczność takich metod, jak hipnoza, poradnictwo ogólne, techniki szokowe, edukacja i ziołolecznictwo. Formami organizacyjnymi i metodami pomagania osobom uzależnionym od alkoholu działającymi poza lecnictwem odwykowym są: punkty konsultacyjne, telefony zaufania, stowarzyszenia i kluby abstynenckie oraz Wspólnoty Anonimowych Alkoholików (Fudała 2013). Szacuje się, że nadużywanie alkoholu skraca życie średnio o 16 lat (Klimkiewicz 2013).

Tytoń

Uzależnienie od nikotyny składa się z dwóch komponentów: uzależnienia fizycznego i uzależnienia psychicznego. Podstawową cechą uzależnienia od nikotyny jest chęć odczuwania farmakologicznych efektów nikotyny. Ponadto uzależnienie polega na unikaniu możliwych zjawisk odstawienia oraz warunkowych asocjacji. Każdy papieros natychmiast zmniejsza głód nikotynowy oraz znieczula receptory nikotynowe, zwiększając w ten sposób potrzebę kolejnej dawki. Ta adaptacja morfologiczna zachodząca w ośrodkowym układzie nerwowym odpowiada rozwojowi zależności fizycznej. Oprócz uzależnienia fizycznego, powtarzające

się używanie wyrobów tytoniowych może stać się nawykiem. Kontakty społeczne i sytuacje związane z codzienną rutyną mogą wzmocnić używanie tytoniu (ENSP 2018).

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

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

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

Narkotyki

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

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

Podsumowanie epidemiologii

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

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

Zgodnie z Mapami Potrzeb Zdrowotnych zapadalność rejestrowana na uzależnienia jest trzykrotnie wyższa w populacji mężczyzn niż u kobiet. Dotyczy to wszystkich województw. Najwyższy wskaźnik zapadalności rejestrowanej wśród mężczyzn przypada na województwo lubuskie (około 600/100 tys. osób). Najniższą wartość tego wskaźnika dla mężczyzn odnotowano natomiast w województwie małopolskim (około 320/100

tys. osób). W przypadku kobiet, najmniejszą zapadalność rejestrowaną obserwuje się w województwie małopolskim i podkarpackim (ok. 100/100 tys. osób), największą zaś w województwie lubuskim (około 200/100 tys. osób). Zapadalność rejestrowana na uzależnienia różni się również w ściśle określonych grupach wiekowych. Zarówno wśród mężczyzn jak i u kobiet największy wskaźnik zapadalności przypada na grupę wiekową między 44-54 lat i wynosi odpowiednio 695,2/100 tys. oraz 207,7/100 tys. (MZ 2016).

Alkohol

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

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

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

Palenie papierosów

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

Główny Urząd Statystyczny co roku przeprowadza badania statystyczne polegające na weryfikacji liczby osób leczonych z powodu uzależnień od tytoniu. Między latami 2007, a 2018, liczba osób palących tytoń spadła o 35%. Najmniejszą liczbę odnotowano w 2015 roku na poziomie 1 509 przypadków. W roku 2011 zarejestrowano najwyższą jak dotąd liczbę osób palących – 4 113 (GUS 2020).

Na podstawie badań Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS), w Polsce co piąta osoba (21%) jest nałogowym palaczem. Porównując lata poprzednie, liczba osób uzależnionych spadła o 6%, w porównaniu do roku 2008. W 2019 roku 48% osób oznajmiło, że nigdy nie paliło, natomiast 26% osób rzuciło palenie (CBOS 2019).

Narkotyki i inne substancje psychoaktywne

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

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

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

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

Podsumowanie rekomendacji

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

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

W 16 z 26 rekomendacji wskazuje się na potrzebę uwzględnienia w działaniach profilaktycznych populacji ogólnej ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży w celu zapobieżenia rozpoczęciu korzystania z określonych używek. Edukacja dzieci i młodzieży powinna być prowadzona cyklicznie i powinna podejmować kwestie wpływu środowiska i rówieśników na prawdopodobieństwo rozpoczęcia korzystania z używek – w szczególności tytoniu (USPSTF 2020a, USPSTF 2020b, USPSTF 2020c, PARPA 2019, USPSTF 2018, ENSP 2018, EAR 2017, NICE 2017, NICE 2015, UNODC 2015, USPSTF 2015, AAFP 2013, WHO 2012, NICE 2011a, NICE 2011b, NICE 2010).

W celu zidentyfikowania osób o podwyższonym ryzyku wystąpienia uzależnień od substancji psychoaktywnych należy przeprowadzić w populacji ogólnej wywiad lekarski/kwalifikacyjny. Podczas wywiadu należy zapytać o częstotliwość korzystania ze wszelkich używek psychoaktywnych i jeśli jest to konieczne, należy zastosować kwestionariusze nacelowane na wykrywanie osób uzależnionych jak: NIDA w przypadku narkotyków, test Fagerström'a w przypadku tytoniu, AUDIT-C dla uzależnienia od alkoholu lub ASSIST dla wszystkich wymienionych substancji (USPSTF 2020b, USPSTF 2020c, USPSTF 2018, ENSP 2018, AAFP 2018, EAR 2017, AFP 2016, AFP 2014, NIAAA 2011, NICE 2011a, NICE 2010, WHO 2010).

Zaleca się, aby w ramach realizowanych działań profilaktycznych prowadzić szkolenia dla personelu medycznego z zakresu sposobów komunikacji z osobami uzależnionymi oraz metod motywowania do rzucenia nałogu. Należy także poruszyć kwestię potrzeby uświadamiania pacjentów na temat szkodliwości nałogu oraz jego długotrwałego wpływu na zdrowie (PARPA 2019, ENSP 2018, UNODC 2015, AFP 2014, WHO 2012, NICE 2011a, NICE 2011b).

Niewielka część rekomendacji zaleca prowadzenie szkoleń dla pracodawców z zakresu przeciwdziałania używkom w miejscu pracy. Szkolenia te powinny skupiać się na zachęceniu pracodawców do wprowadzenia całkowitego zakazu palenia tytoniu na terenie zakładu pracy, wskazaniu potrzeby wsparcia osób uzależnionych w procesie ograniczenia palenia tytoniu oraz konieczności zachęcenia pracowników do podjęcia prób ograniczenia lub rzucenia nałogu (NICE 2015, CDC/NIOSH 2015, WHO 2012).

W 8 z 26 rekomendacji wskazuje się na potrzebę uwzględnienia w działaniach profilaktycznych krótkich interwencji antyuzywkowych w przypadku osób, u których stwierdza się obecność uzależnienia lub szkodliwego użytkowania alkoholu, tytoniu lub narkotyków. W ramach interwencji tych należy zachęcić osoby uzależnione do zaprzestania lub ograniczenia korzystania z używek przy jednoczesnym przedstawieniu dopuszczalnych metod redukcji ilości zażywanych substancji oraz dalszej kontroli nad nałogiem. Szkoleniami należy objąć także osoby zarządzające wszelkiego rodzaju ośrodkami oświaty, a w szczególności uniwersytetami (USPSTF 2020c, ENSP 2018, EAR 2017, AFP 2014, WHO 2012, AFP 2011, NICE 2011, NICE 2010).

Podsumowanie dowodów skuteczności klinicznej

Tytoń

W wyniku wyszukiwania odnaleziono dowody wtórne odnoszące się do wpływu określonych interwencji na tendencję osób uzależnionych od tytoniu do rzucenia lub ograniczenia użytkowania wyrobów tytoniowych. W metaanalizie Kock 2019 autorzy dokonali oszacowania wpływu dopasowanych do potrzeb pacjenta interwencji behawioralnych na prawdopodobieństwo rzucenia lub ograniczenia palenia. Zastosowanie u pacjentów ww. interwencji prowadzi do podwyższenia prawdopodobieństwa rzucenia lub ograniczenia palenia tytoniu do poziomu $RR=1,56$ [95%CI: (1,39; 1,75)]. W przypadku metaanalizy Matkin 2019 autorzy

dokonali oszacowania wpływu proaktywnych porad telefonicznych na ww. nałóg. Zastosowanie proaktywnych porad telefonicznych, zarówno u osób korzystających jak i niekorzystających z telefonów zaufania, prowadzi do zwiększenia prawdopodobieństwa rzucenia palenia tytoniu odpowiednio do poziomu $RR=1,25$ [95%CI: (1,15; 1,35)] oraz $RR=1,38$ [95%CI: (1,19; 1,61)]. W przypadku metaanalizy Fanshawe 2017 określono wpływ konsultacji na prawdopodobieństwo rzucenia lub zaprzestania palenia tytoniu. W przypadku konsultacji indywidualnych oraz wiadomości elektronicznych uzyskane wartości okazały się nieistotne statystycznie. Interwencje te mogą być częścią planowanych interwencji jednak nie powinny w tym przypadku stanowić głównego ich elementu. W przypadku konsultacji grupowych autorzy dochodzą do wniosku, że realizacja konsultacji w takiej formie prowadzi do zwiększenia prawdopodobieństwa rzucenia lub ograniczenia palenia do poziomu ($RR=1,35$ [95%CI: (1,03; 1,77)]). Natomiast w metaanalizie Aveyard 2011, autorzy oszacowali wpływ porady lekarza na prawdopodobieństwo rzucenia palenia. Zastosowanie interwencji tego typu prowadzi do podwyższenia prawdopodobieństwa rzucenia palenia do poziomu $RR=1,47$ [95%CI: (1,24; 1,75)]. Do podobnych wniosków dochodzą autorzy metaanalizy Lai 2010.

Odnaleziono również jedną metaanalizę odnoszącą się do wpływu porady udzielanej przez personel medyczny nt. potrzeby ograniczenia palenia tytoniu na prawdopodobieństwo podjęcia przez pacjenta próby porzucenia nałogu. Autorzy metaanalizy Aveyard 2011 dochodzą do wniosku, że w przypadku zastosowania tego typu interwencji obserwowalny jest wzrost prawdopodobieństwa podjęcia przez pacjenta próby ograniczenia lub całkowitego odstąpienia od nałogu do poziomu $RR=1,24$ [95%CI: (1,16; 1,33)].

W ramach tego samego wyszukiwania odnaleziono jedną metaanalizę odnoszącą się do wpływu prowadzonych szkoleń personelu medycznego na osoby palące tytoń. Autorzy metaanalizy Carson 2012 dochodzą do wniosku, że poddanie personelu medycznego działaniom szkoleniowym z zakresu palenia tytoniu prowadzi do podwyższenia szansy na punktowe ograniczenie rozpowszechnienia palenia tytoniu do poziomu $OR=1,41$ [95%CI: (1,13; 1,77)]. Autorzy dochodzą również do wniosku, że przeszkolenie personelu medycznego w omawianym zakresie prowadzi do zwiększenia szansy utrzymania się abstynencji od tytoniu u ich pacjentów do poziomu $OR=1,60$ [95%CI: (1,26; 2,03)]. Prowadzenie szkoleń prowadzi również do ponad dwukrotnego zwiększenia szans na uczestnictwo pacjentów w konsultacjach na temat palenia tytoniu do poziomu $OR=2,28$ [95%CI: (1,58; 3,27)]. Pacjenci mający styczność z personelem medycznym przeszkolonym w zakresie skutków zdrowotnych palenia odnotowują podwyższone szanse na przekazanie pacjentowi materiałów edukacyjnych i samopomocowych do poziomu $OR=3,51$ [95%CI: (1,90; 6,47)].

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

Alkohol

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

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

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

Narkotyki

W wyniku wyszukiwania odnaleziono dowody wtórne odnoszące się do skuteczności interwencji w zapobieganiu zażywaniu substancji psychoaktywnych przez młodych ludzi. Autorzy metaanalizy O'Connor 2020 dokonali oceny efektywności interwencji behawioralnych wśród młodych osób. Łączny wynik tej publikacji wskazuje na nieistotny statystycznie związek pomiędzy przeprowadzeniem interwencji, a nielegalnym używaniem środków odurzających ($SMD=-0,08$ [95%CI: (-0,16; 0,001)]). Prowadzenie ww. interwencji nie prowadzi do zapobieżenia zażywaniu substancji psychoaktywnych w docelowej populacji. Natomiast przeprowadzanie profilaktyki uniwersalnej w szkole, opisane w metaanalizie Hodder 2017, prowadzi do zwiększenia szansy na zapobieżenie rozpoczęcia przyjmowania narkotyków przez młode osoby do poziomu $OR=0,78$ [95%CI: (0,66; 0,93)]. Również w przypadku przeglądu systematycznego Faggiano 2014 badania włączone do przeglądu, świadczą o zasadności przeprowadzania uniwersalnej profilaktyki uczniów opartej na szkoleniu z kompetencji społecznych. Interwencja ta, zgodnie z wynikami publikacji, prowadzi do zwiększenia prawdopodobieństwa zapobiegnięcia przyjmowania substancji psychoaktywnych przez młodzież do poziomu $RR=0,27$ [95%CI: (0,14; 0,51)]. Wyniki 5 badań włączonych do metaanaliz Allara 2015 oraz Ferri 2013 nie wykazują wpływu przeprowadzanych kampanii medialnych na zażywanie substancji psychoaktywnych wśród młodych ludzi. Oczekiwany efekt opisano jako $SMD=-0,02$ [95%CI: (-0,15; 0,12)]. Autorzy publikacji Allara 2015 przeprowadzili również metaanalizę 4 badań określających wpływ kampanii medialnych na zamiar zażywania substancji psychoaktywnych. W tym przypadku standaryzowana średnia różnic świadczy o nieistotnym wpływie tej interwencji na młodzież. Miara efektu została opisana jako $SMD=-0,07$ [95%CI: (-0,19; 0,04)].

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

Podsumowanie dowodów bezpieczeństwa

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

12. Piśmiennictwo

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

Źródła rekomendacji	
KCPU 2025	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: https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/12/Rekomendacje_2025.pdf , dostęp z 15.09.2025
PPE 2022	Bała M.M., Cedzyńska M., Balwicki Ł. et al. (2022). Wytyczne leczenia uzależnienia od nikotyny. Med. Prakt. 7-8: 24–40
NIZP PZH PIB 2020	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: https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2020/12/Raport-koncowy-26.11.2020-1-po-G-i-po-M-2.pdf , Dostęp z: 15.09.2025
ENST 2025	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: https://www.researchgate.net/publication/390746282_2025_Guidelines_For_Treating_Tobacco_And_Nicotine_Dependence , dostęp z 17.09.2025
NICE 2025	National Institute for Health and Care Excellence (2025). Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence. Pozyskano z: https://www.nice.org.uk/guidance/ng209 , dostęp z 16.09.2025
AAFP 2023	American Academy of Family Physicians (2023). Addressing Alcohol and Other Substance Use. Practice manual. Pozyskano z: https://www.mdafp.org/assets/files/pdfs/Alcohol%20Practice%20Manual%202023.pdf , dostęp z 16.09.2025
USPSTF 2021	US Preventive Services Task Force (2021). Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: Interventions. Pozyskano z: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/tobacco-use-in-adults-and-pregnant-women-counseling-and-interventions , dostęp z 16.09.2025
Źródła dowodów wtórnych	
Alsahli 2025	Alsahli F. A., Alruwais N. M., Alsultan L. S. et al. (2025). Interventions for Prevention of Tobacco Smoking in School-Aged Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cureus. 17(1): e77008
Butler 2025	Butler A. R., Lindson N., Livingstone-Banks J. et al. (2025). Interventions for quitting vaping. Cochrane Database Syst. Rev. 1(1): CD016058
Gardner 2024	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. Prev Sci. 25(7): 1104-1121
O'Logbon 2024	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. J. Ment. Health. 33(5): 645-673
Zhou 2023	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
Ma 2023	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. Health Commun. 38(8): 1709-1722

Schweer-Collins 2023	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
Champion 2022	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
Lekamge 2025	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
Rifat 2025	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
Vaihekoski 2022	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
Song 2021	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
Cho 2021	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
Yimer 2024	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
Wang 2022	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
Vrijen 2021	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
Yoong 2021	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. <i>PLoS. One.</i> 16(9): e0256044
Problem zdrowotny/epidemiologia	
BASiW 2025	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (2024). Mapy potrzeb zdrowotnych. Mapa potrzeb na lata 2022-2026. Pozyskano z: https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ , dostęp z 10.09.2025
GUS 2024	Główny Urząd Statystyczny (2024). Zdrowie i ochrona zdrowia w 2023 roku. Pozyskano z: https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2023-roku,1,14.html , dostęp z 11.09.2025
KCPU 2023	Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (2023). Raport 2023: Uzależnienia w Polsce. Pozyskano z: https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/03/Raport-2023-wersja-Internetowa.pdf , dostęp z 11.09.2025
ESPAD 2024	Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach (2024). Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną- raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2024. Pozyskano z: https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2025/03/Raport-ESPAD-2024-POLSKA.pdf , dostęp z 12.09.2025
MZ 2025	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: https://www.gov.pl/web/zdrowie/wdrozenia-icd-11 , dostęp z 15.09.2025
RSK 2025	Rejestr Systemów Kodowania (2025). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD-11 – polska wersja językowa. Pozyskano z:

	https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd11/99ICD1/2023-01/mms/details , dostęp z 15.09.2025
Pozostałe	
PARPA 2022	Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (2022). Pozyskano z: https://www.parpa.pl/ , dostęp z 10.09.2025
KCPU 2017	Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (2017). O programie – pomaranczowalinia.pl. Pozyskano z: https://pomaranczowalinia.pl/o-programie/ , dostęp z 10.09.2025
KCPU 2023	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: https://kcpu.gov.pl/krajowe-centrum-przeciwdzialania-uzaleznieniom-postanowilo-przekształcić-i-jednocześnie-poszerzyć-działalność-ogólnopolskiego-telefonu-zaufania-narkotyki-narkomania-800-199-990-zgłaszane-konsultantom/ , dostęp z: 10.09.2025
MZ 2019	Ministerstwo Zdrowia (2019). Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych. Pozyskano z: https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/82426/Zalacznik_17.pdf , dostęp z 09.09.2025
SSEW 2025	Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna w Warszawie (2025). ARS, czyli jak dbać o miłość. Pozyskano z: https://www.gov.pl/web/psse-warszawa/ars-czyli-jak-dbac-o-milosc , dostęp z 09.09.2025
RM 2021	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: https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210000642 , dostęp z 09.09.2025
BASIW 2025	Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (2025). Mapy potrzeb zdrowotnych – Analizy: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – dorośli. Pozyskano z: https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/absencje-chorobowe/ , dostęp z 28.07.2025
KCPU 2025	Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (2025). Mapa placówek. Pozyskano z: https://kcpu.gov.pl/mapa/ , dostęp z 10.09.2025
Piśmiennictwo z poprzedniej wersji raportu OT.423.6.2019 – źródła rekomendacji	
AAFP 2013	American Academy of Family Physicians(2013). Primary Care Approach to Substance Misuse. B. SHAPIRO,D. COFFA, E. F. McCANCE-KATZ. 2013;88(2):113-121
AAFP 2018	Klega, A. E., & Keehbauch, J. T. (2018). Stimulant and designer drug use: primary care management. <i>American family physician</i> , 98(2), 85-92.
AFP 2016	Australian Family Physician (2016). Alcohol screening and brief interventions in primary care – Evidence and a pragmatic practice-based approach. REPRINTED FROM AFP VOL.45, NO.10, The Royal Australian College of General Practitioners 2016
AFP 2011	Australian Family Physician (2011). Problem drinking Management in general practice. Vol. 40, No. 8 August 2011
AFP 2014	Australian Family Physician (2014). Alcohol: prevention, policy and primary care responses. REPRINTED FROM AUSTRALIAN FAMILY PHYSICIAN VOL. 43, NO. 6, JUNE 2014
CDC/NIOSH 2015	Castellan, R. M., Chosewood, L. C., Trout, D., Wagner, G. R., Weissman, D. N., Caruso, C. C., ... & McCrone, S. H. (2015). Promoting health and preventing disease and injury through workplace tobacco policies.
EAR 2017	European Addiction Research (2017). German Guidelines on Screening, Diagnosis and Treatment of Alcohol Use Disorders. <i>Eur Addict Res</i> 2017;23:45–60, 2017 S. Karger AG, Basel
ENSP 2018	European Network for Smoking and Tobacco Prevention (2018). 2018 Guidelines for treating tobacco dependence. Pozyskano z: http://elearning-ensp.eu/pluginfile.php/1052/mod_resource/content/2/guidelines_2018_english.pdf Dostęp z: 16.06.2020.
NIAAA 2011	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2011). Screening and Brief Intervention for Youth a Practitioner's guide. Monitoring the Future national survey results on adolescent drug use:

	Overview of key findings, 2010. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan, 77 pp.
NICE 2010	The National Institute for Health and Care Excellence(2010).Alcohol-use disorders: prevention
NICE 2011a	The National Institute for Health and Care Excellence(2011). Alcohol-use disorders: diagnosis and management.
NICE 2011b	The National Institute for Health and Care Excellence(2011). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence
NICE 2015	National Institute for Health and Care Excellence (2017). Smoking:reducing and preventing tobacco use. Pozyskano z: https://www.nice.org.uk/guidance/qs82 , Dostęp z:18.06.2020
NICE 2017	National Institute for Health and Care Excellence (2017). Drug misuse prevention: targeted interventions. Pozyskano z: https://www.nice.org.uk/guidance/ng64 , Dostęp z:17.06.2020
NICE 2018	Linden, B. (2018). Stop smoking interventions and services: 2018 NICE guideline. <i>British Journal of Cardiac Nursing</i> , 14(3), 139-141.
PARPA 2019	Podstawowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (2019) Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych w 2020 roku – wydanie I. Warszawa 2019.
RACGP 2014	Zwar, N., Richmond, R., & Borland, R. (2014). Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. The Royal Australian College of General Practitioners: Melbourne 2011.
RACGP 2019	Zwar, N., Richmond, R., Borland, R., Peters, M., Litt, J., Bell, J., ... & Ferretter, I. (2011). Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. <i>Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners</i> .
UNODC 2015	United Nations Office on Drugs and Crime. (2015). International standards on drug use prevention.
USPSTF 2015	Siu, A. L. (2015). Behavioral and pharmacotherapy interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant women: US Preventive Services Task Force recommendation statement. <i>Annals of internal medicine</i> , 163(8), 622-634.
USPSTF 2018	US Preventive Services Task Force (2018).Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults.US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. American Medical Association. <i>JAMA</i> . 2018;320(18):1899-1909
USPSTF 2020a	Krist, A. H., Davidson, K. W., Mangione, C. M., Barry, M. J., Cabana, M., Caughey, A. B., ... & Ogedegbe, G. (2020). Primary Care–Based Interventions to Prevent Illicit Drug Use in Children, Adolescents, and Young Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. <i>Jama</i> , 323(20), 2060-2066.
USPSTF 2020b	Krist, A. H., Davidson, K. W., Mangione, C. M., Barry, M. J., Cabana, M., Caughey, A. B., ... & Kubik, M. (2020). Screening for unhealthy drug use: US Preventive Services Task Force recommendation statement. <i>Jama</i> , 323(22), 2301-2309.
USPSTF 2020c	Owens, D. K., Davidson, K. W., Krist, A. H., Barry, M. J., Cabana, M., Caughey, A. B., ... & Kubik, M. (2020). Primary care interventions for prevention and cessation of tobacco use in children and adolescents: US preventive services task force recommendation statement. <i>Jama</i> , 323(16), 1590-1598.
WHO 2010	Manuals. I. Humeniuk, Rachel. II.Henry-Edwards, S.,Ali, Robert. I.Poznyak, Vladimir. V.Monteiro, Maristela G.World Health Organization (2010).The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST).Manual for use in primary care.
WHO 2012	Moeller, L., Galea, G., & World Health Organization. (2012). <i>Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches</i> . Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
Piśmiennictwo z poprzedniej wersji raportu OT.423.6.2019 – źródła wtórnych publikacji naukowych	
Allara 2015	Allara, E., Ferri, M., Bo, A., Gasparrini, A., & Faggiano, F. (2015). Are mass-media campaigns effective in preventing drug use? A Cochrane systematic review and meta-analysis. <i>BMJ open</i> , 5(9).
Angus 2014	Angus, C., Latimer, N., Preston, L., Li, J., & Purshouse, R. (2014). What are the implications for policy makers? A systematic review of the cost-effectiveness of screening and brief interventions for alcohol misuse in primary care. <i>Frontiers in psychiatry</i> , 5, 114.

Aveyard 2011	Aveyard, P., Begh, R., Parsons, A., & West, R. (2012). Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. <i>Addiction</i> , 107(6), 1066-1073.
Behbod 2018	Behbod, B., Sharma, M., Baxi, R., Roseby, R., & Webster, P. (2018). Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (1).
Beyer 2019	Beyer, F. R., Campbell, F., Bertholet, N., Daeppen, J. B., Saunders, J. B., Pienaar, E. D., ... & Kaner, E. F. S. (2019). The Cochrane 2018 review on brief interventions in primary care for hazardous and harmful alcohol consumption: a distillation for clinicians and policy makers. <i>Alcohol and Alcoholism</i> , 54(4), 417-427.
Boumparis 2017	Boumparis, N., Karyotaki, E., Schaub, M. P., Cuijpers, P., & Riper, H. (2017). Internet interventions for adult illicit substance users: A meta-analysis. <i>Addiction</i> , 112(9), 1521-1532.
Carney 2016	Carney, T., Myers, B. J., Louw, J., & Okwundu, C. I. (2016). Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. <i>Cochrane database of systematic reviews</i> , (1).
Carson 2011	Carson, K. V., Brinn, M. P., Labiszewski, N. A., Esterman, A. J., Chang, A. B., & Smith, B. J. (2011). Community interventions for preventing smoking in young people. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (7).
Carson 2012	Carson, K. V., Verbiest, M. E., Crone, M. R., Brinn, M. P., Esterman, A. J., Assendelft, W. J., & Smith, B. J. (2012). Training health professionals in smoking cessation. <i>Cochrane database of systematic reviews</i> , (5).
Faggiano 2014	Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E., & Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (12).
Fanshawe 2017	Fanshawe, T. R., Halliwell, W., Lindson, N., Aveyard, P., Livingstone-Banks, J., & Hartmann-Boyce, J. (2017). Tobacco cessation interventions for young people. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (11).
Ferri 2013	Ferri, M., Allara, E., Bo, A., Gasparini, A., & Faggiano, F. (2013). Media campaigns for the prevention of illicit drug use in young people. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (6).
Foxcroft 2014	Foxcroft, D. R., Coombes, L., Wood, S., Allen, D., & Santimano, N. M. A. (2014). Motivational interviewing for alcohol misuse in young adults. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (8).
Hodder 2017	Hodder, R. K., Freund, M., Wolfenden, L., Bowman, J., Nepal, S., Dray, J., ... & Wiggers, J. (2017). Systematic review of universal school-based 'resilience' interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit substance use: A meta-analysis. <i>Preventive medicine</i> , 100, 248-268.
Jiang 2017	Jiang, S., Wu, L., & Gao, X. (2017). Beyond face-to-face individual counseling: A systematic review on alternative modes of motivational interviewing in substance abuse treatment and prevention. <i>Addictive behaviors</i> , 73, 216-235.
Kelly 2018	Kelly, S., Olanrewaju, O., Cowan, A., Brayne, C., & Lafortune, L. (2018). Interventions to prevent and reduce excessive alcohol consumption in older people: a systematic review and meta-analysis. <i>Age and ageing</i> , 47(2), 175-184.
Kleijn 2015	de Kleijn, M. J., Farmer, M. M., Booth, M., Motala, A., Smith, A., Sherman, S., ... & Shekelle, P. (2015). Systematic review of school-based interventions to prevent smoking for girls. <i>Systematic reviews</i> , 4(1), 1-12.
Kock 2019	Kock, L., Brown, J., Hiscock, R., Tattan-Birch, H., Smith, C., & Shahab, L. (2019). Individual-level behavioural smoking cessation interventions tailored for disadvantaged socioeconomic position: a systematic review and meta-regression. <i>The Lancet Public Health</i> , 4(12), e628-e644.
Lai 2010	Lai, D. T., Cahill, K., Qin, Y., & Tang, J. L. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation. <i>Cochrane database of systematic reviews</i> , (1).
Matkin 2019	Matkin, W., Ordóñez-Mena, J. M., & Hartmann-Boyce, J. (2019). Telephone counselling for smoking cessation. <i>Cochrane database of systematic reviews</i> , (5).
O'Connor 2020	O'Connor, E., Thomas, R., Senger, C. A., Perdue, L., Robalino, S., & Patnode, C. (2020). Interventions to prevent illicit and nonmedical drug use in children, adolescents, and young adults: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. <i>Jama</i> , 323(20), 2067-2079.

Peirson 2015	Peirson, L., Kenny, M., Ali, M. U., Rice, M., Raina, P., & Sherifali, D. (2015). Interventions for prevention and treatment of tobacco smoking in school-aged children and adolescents: protocol for updating a systematic review and meta-analysis. McMaster University: Hamilton, Ontario.
Pennington 2013	Pennington, M., Visram, S., Donaldson, C., White, M., Lhussier, M., Deane, K., ... & Carr, S. M. (2013). Cost-effectiveness of health-related lifestyle advice delivered by peer or lay advisors: synthesis of evidence from a systematic review. Cost Effectiveness and Resource Allocation, 11(1), 1-12.
Stockings 2018	Stockings, E., Bartlem, K., Hall, A., Hodder, R., Gilligan, C., Wiggers, J., ... & Wolfenden, L. (2018). Whole-of-community interventions to reduce population-level harms arising from alcohol and other drug use: a systematic review and meta-analysis. Addiction, 113(11), 1984-2018.
Piśmiennictwo z poprzedniej wersji raportu OT.423.6.2019 – problem zdrowotny/epidemiologia	
CBOS 2019	CBOS (2019). Palenie papierosów. Komunikat z badań Nr 104/2019. ISSN 2353-5822
CINN 2020	Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii (2020). Raport o stanie narkomanii w Polsce w 2019 roku. Pozyskano z : https://www.cinn.gov.pl/portal?id=1582300 dostęp z dn.24.06.2020
ENSP 2018	ENSP (2018). Wytoczne dotyczące leczenia uzależnienia od tytoniu. Pozyskano z http://elearning-ensp.eu/assets/guides/guidelines_2018_polish.pdf , dostęp z 17.06.2020
Fudała 2013	Fudała, J. (2013). Leczenie uzależnienia od alkoholu. Pozyskano z: https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/69539,leczenie-uzaleznienia-od-alkoholu , dostęp z 16.06.2020
GUS 2020	Główny Urząd Statystyczny (2020). Leczeni w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu. Pozyskano z: https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/tablica dostęp z dn. 23.06.2020.
GUS 2020	Główny Urząd Statystyczny (2020). Używanie tytoniu. Pozyskano z: https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/tablica dostęp z dn. 23.06.2020.
KANTAR 2017	Kantar Public (2017) Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu Kantar Public dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Pozyskano z: https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/04/Postawy-Polakow-do-palenia-tytoniu-Raport-2017.pdf . dostęp z 23.06.2020 r.
KBNP 2016	KBPN (2016). Standardy profilaktyki. Pozyskano z: https://www.kbnp.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707 , dostęp z 19.06.2020
KBPN 2012	KBPN (2012) Uzależnienie od narkotyków Podręcznik dla terapeutów. Pozyskano z: https://www.kbnp.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707 , dostęp z 16.06.2020
KBPN 2018	KBPN (2018). Standardy postępowania wobec osób używających nowych substancji psychoaktywnych (NSP). Poradnik dla pracowników medycznych. Pozyskano z: https://www.kbnp.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707 , dostęp z 18.06.2020
Kiejna 2015	Kiejna, A., Adamowski, T., Piotrowski, P., Moskaiewicz, J., Wojtyński, B., Świątkiewicz, G., ... & Kessler, R. C. (2015). Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP-Polska-metodologia badania. Psychiatr Pol, 49(1), 5-13.
Klimkiewicz 2013	Klimkiewicz, A. (2013). Choroby somatyczne spowodowane używaniem alkoholu. Pozyskano z: https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/81417,choroby-somatyczne-spowodowane-uzywaniem-alkoholu , dostęp z 16.06.2020
MPZ 2018	Ministerstwo Zdrowia (2018). Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie uzależnień. Pozyskano z: http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/11/Mapa_potrzeb_zdrowotnych_zaburzenia_psychiczne_mazowieckie.pdf dostęp z dn. 23.06.2020
MZ 2018	Ministerstwo Zdrowia (2018). Ogólnopolski program profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych. Pozyskano z: https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/82426/Zalacznik_17.pdf dostęp z dn.23.06.2020
NIK 2018	Najwyższa Izba Kontroli (2018). Informacja o wynikach kontroli. Profilaktyka uzależnień od alkoholu i narkotyków. Pozyskano z: https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/19/094/ dostęp z dn. 23.06.2020

PARPA 2019	PARPA. (2019). Czy moje picie jest już problemem. O zaburzeniach związanych z używaniem alkoholu. Pozyskano z: http://www.parpa.pl/index.php/e-publikacje/category/5-uzaleznienie-od-alkoholu , dostęp z 15.06.2020
PARPA 2020	Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (2020). Badania i informacje statystyczne. Statystyki. Pozyskano z: http://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki dostęp z dn.23.06.2020
Porębiak 2013	Porębiak (2013). Uzależnienie od nikotyny. Pozyskano z: https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/uzaleznienia/70084,uzaleznienie-od-nikotyny , dostęp z 18.06.2020
WHO 2009	World Health Organization. (2009). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10, X Rewizja, Tom I. Pozyskano z: https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf , dostęp z 15.06.2020
WHO 2018	World Health Organization (2018) Global status report on alcohol and health 2018. Pozyskano z: https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en/ dostęp z dn. 23.06.2020

13. Załączniki

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

- Zal 1 Raport nr OT.423.6.2019 w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach PPZ oraz warunków realizacji tych programów, z zakresu profilaktyki uzależnień od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych u młodzieży i młodych dorosłych – lipiec 2020.
- Zal 2 Opinia eksperta – dr hab. n. med. Łukasz Balwicki – Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego.
- Zal 3 Opinia eksperta – dr n. med. Bogusława Bukowska – Dyrektor Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.
- Zal 4 Strategia wyszukiwania – baza Medline (PubMed), data wyszukiwania: 17.09.2025 r.

Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#58	#46 AND #56 from 2020/6/20 - 2025/9/18	352
#57	#46 AND #56	885
#56	#47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55	4 593 643
#55	teacher*[Title/Abstract]	66 484
#54	medical staff[Title/Abstract]	18 271
#53	parent*[Title/Abstract]	553 468
#52	Young Adult[Title/Abstract]	44 825
#51	teenage*[Title/Abstract]	2 803
#50	Adolescen*[Title/Abstract]	430 027
#49	child*[Title/Abstract]	1 859 865
#48	adult, young[MeSH Terms]	1 163 723
#47	adolescent[MeSH Terms]	2 352 351
#46	#42 AND #45	4 649
#45	#43 OR #44	499 454
#44	(((((metaanalysis[Title/Abstract]) OR Meta-Analysis[Title/Abstract]) OR "Meta-Analysis" [Publication Type])))	339 554
#43	(((((systematic[Title/Abstract]) AND ((Review[Title/Abstract]) OR "Review" [Publication Type])))	322 598
#42	#38 OR #39 OR #41	159 043
#41	#12 AND #40	128 369
#40	#36 OR #37	3 811 600
#39	#18 AND #37	17 727
#38	#6 AND #37	18 367
#37	#22 OR #26 OR #31	3 783 213
#36	#32 OR #33 OR #34 OR #35	50 093
#35	Giving Up Smoking[Title/Abstract]	265
#34	Quitting smoking[Title/Abstract]	341
#33	smoking cessation[Title/Abstract]	33 433
#32	smoking cessation[MeSH Terms]	34 712
#31	#27 OR #28 OR #29 OR #30	1 040 351
#30	early diagnosis[Title/Abstract]	12 767
#29	Early detection[Title/Abstract]	108 316
#28	screening[Title/Abstract]	79 453
#27	screening[MeSH Terms]	185 839
#26	#23 OR #24 OR #25	928 833
#25	Education[Title/Abstract]	730 965
#24	Patient Education[Title/Abstract]	30 217

#23	health education[MeSH Terms]	27 522
#22	#19 OR #20 OR #21	2 114 071
#21	prophylaxis[Title/Abstract]	125 912
#20	prevention[Title/Abstract]	813 614
#19	Prevent*[Title/Abstract]	2 031 263
#18	#13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17	6 987
#17	Drug Use Disorder[Title/Abstract]	754
#16	Drug Dependence[Title/Abstract]	4 444
#15	drug addiction[Title/Abstract]	9 518
#14	drugs abuse[Title/Abstract]	178
#13	drugs abuse[MeSH Terms]	58 198
#12	#7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11	355 661
#11	Smoking dependence[Title/Abstract]	267
#10	smoking addiction[Title/Abstract]	308
#9	Smoking[Title/Abstract]	296 511
#8	Smoking abuse[Title/Abstract]	39
#7	Smoking[MeSH Terms]	167 696
#6	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5	107 368
#5	Alcoholism[Title/Abstract]	32 364
#4	alcohol dependence[Title/Abstract]	11 477
#3	alcohol addiction[Title/Abstract]	1 762
#2	alcohol abuse[Title/Abstract]	17 781
#1	alcohol abuse[MeSH Terms]	82 712

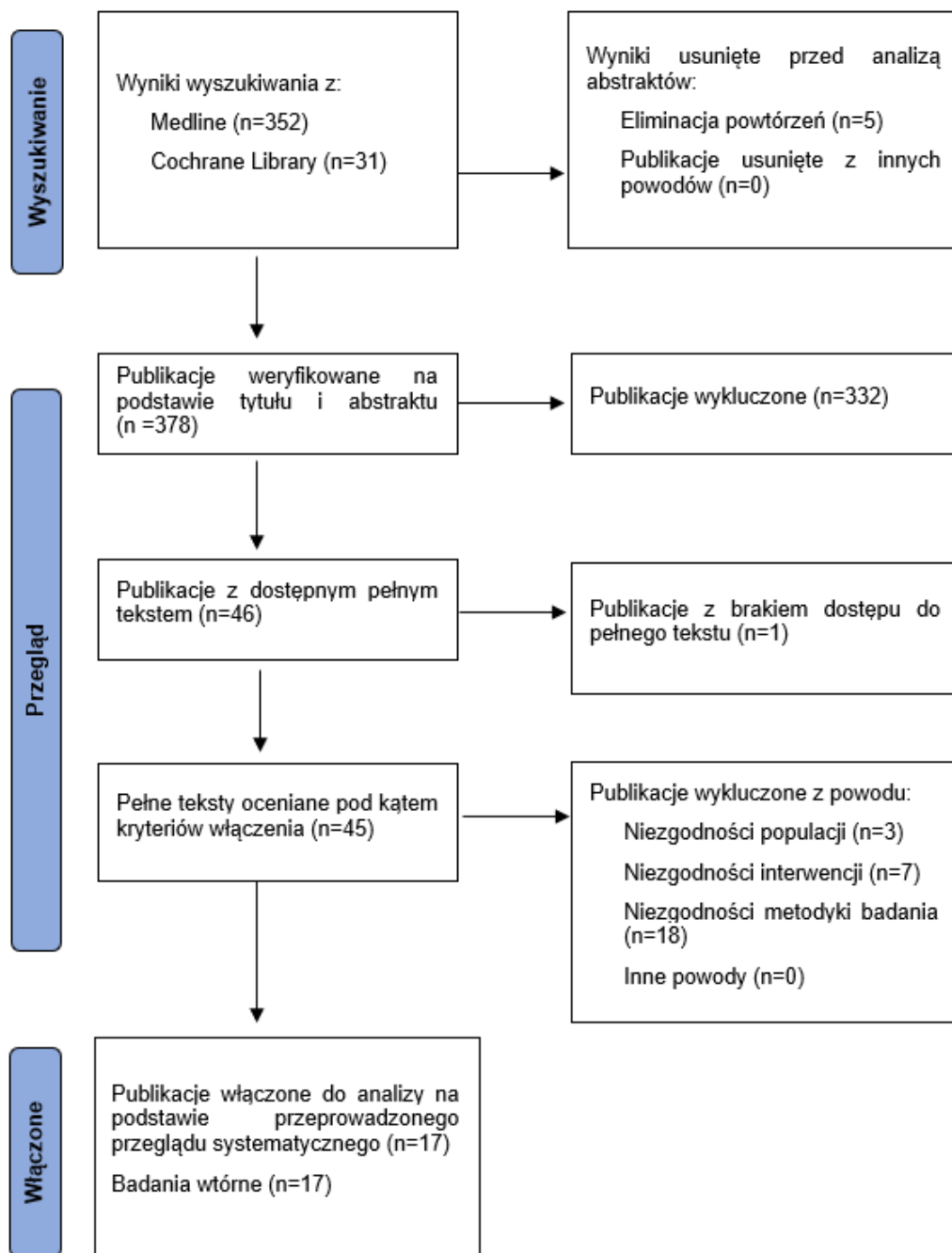
Zal 5 Strategia wyszukiwania – Cochrane Library, data wyszukiwania 17.09.2025 r.

Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#1	MeSH descriptor: [Alcohols] explode all trees	45 720
#2	(alcohol abuse):ti,ab,kw	4 822
#3	(alcohol addict*):ti,ab,kw	2 689
#4	(alcohol dependence):ti,ab,kw	4 012
#5	(alcoholism):ti,ab,kw	8 718
#6	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5	59 200
#7	MeSH descriptor: [Smoke] explode all trees	596
#8	(Smoking abuse):ti,ab,kw	1 272
#9	(Smoking):ti,ab,kw	41 711
#10	(smoking addict*):ti,ab,kw	1 915
#11	(Smoking dependence):ti,ab,kw	3 261
#12	#7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11	41 870
#13	MeSH descriptor: [Drug Users] explode all trees	186
#14	(drug abuse):ti,ab,kw	8 405
#15	(drug addict*):ti,ab,kw	7 264
#16	(drug dependence):ti,ab,kw	8 882

Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#17	#13 OR #14 OR #15 OR #16	19 254
#18	(Prevent*):ti,ab,kw	306 763
#19	(prophylaxis):ti,ab,kw	31 167
#20	#18 OR #19	318 364
#21	MeSH descriptor: [Health Education] explode all trees	26 671
#22	(Patient Education):ti,ab,kw	40 754
#23	(Education):ti,ab,kw	105 965
#24	#21 OR #22 OR #23	113 886
#25	MeSH descriptor: [Mass Screening] explode all trees	6 108
#26	(screening):ti,ab,kw	86 503
#27	(Early detection):ti,ab,kw	9 545
#28	(early diagnosis):ti,ab,kw	27 213
#29	#25 OR #26 OR #27 OR #28	111 933
#30	MeSH descriptor: [Smoking Cessation] explode all trees	5 901
#31	(smoking cessation):ti,ab,kw	13 532
#32	(Quitting smoking):ti,ab,kw	2 527
#33	(Smoking stopping):ti,ab,kw	443
#34	(Giving Up Smoking):ti,ab,kw	202
#35	#30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34	14 063
#36	#20 OR #24 OR #29	489 756
#37	#20 OR #24 OR #29 OR #35	497 965
#38	#6 AND #36	13 191
#39	#17 AND #36	6 129
#40	#12 AND #37	24 164
#41	#38 OR #39 OR #40	40 116
#42	MeSH descriptor: [Adolescent] explode all trees	138 149
#43	MeSH descriptor: [Young Adult] explode all trees	101 527
#44	(child*):ti,ab,kw	219 238
#45	(adolescen*):ti,ab,kw	178 907
#46	(teenage*):ti,ab,kw	1 921
#47	(young adult):ti,ab,kw	132 564
#48	(parent*):ti,ab,kw	63 765
#49	(medical staff):ti,ab,kw	9 475
#50	(teacher*):ti,ab,kw	8 474
#51	#42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50	437 161

Lp.	Słowo kluczowe	Wynik
#52	#41 AND #51 with Cochrane Library publication date Between Jun 2020 and Oct 2025, in Cochrane Reviews	31

Zal 6 Etapy procesu prowadzącego do ostatecznej selekcji



Zal 7 Wykaz publikacji włączonych do analizy na podstawie abstraktów oraz wynik analizy tych publikacji na podstawie pełnego tekstu (kolumna „Status na podstawie pełnego tekstu”) ze strategii wyszukiwania. Publikacje włączone na podstawie pełnego tekstu zostały pogrubione – wtórne doniesienia naukowe.

Lp.	Autorzy, Tytuł, Czasopismo	Status na podstawie pełnego tekstu	Powód wykluczenia (P, I, S)
1	Alsahli F. A., Alruwais N. M., Alsultan L. S. et al. (2025). Interventions for Prevention of Tobacco Smoking in School-Aged Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cureus. 17(1): e77008	Wł.	
2	Amiri S., Fathi-Ashtiani M., Sedghijalal A. et al. (2021). Parental divorce and offspring smoking and alcohol use: a systematic review and meta-analysis of observational studies. J. Addict. Dis. 39(3): 388-416	Wykl.	I
3	Begh R., Conde M., Fanshawe T. R. et al. (2025). Electronic cigarettes and subsequent cigarette smoking in young people: A systematic review. Addiction. 120(6): 1090-1111	Wykl.	S
4	Bergman Rasmussen S.K., Pisinger C. (2024). Non-combustible nicotine product cessation interventions in adolescents and young adults: A systematic review. Tob. Use Insights. 17: 1179173X241304275	Wykl.	S
5	Botwright S., Sutawong J., Kingkaew P. et al. (2023). Which interventions for alcohol use should be included in a universal healthcare benefit package? An umbrella review of targeted interventions to address harmful drinking and dependence. BMC Public Health. 23(1): 382	Wykl.	P
6	Butler A. R., Lindson N., Livingstone-Banks J. et al. (2025). Interventions for quitting vaping. Cochrane Database Syst. Rev. 1(1): CD016058	Wł.	
7	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. Prev. Med. 164:107247	Wł.	
8	Cho M.K., Cho Y.H. (2021). Do Alcohol Prevention Programs Influence Adolescents' Drinking Behaviors? A Systematic Review and Meta-Analysis. Int. J. Environ. Res. Public Health. 18(16): 8524	Wł.	
9	Choi Y., Lee C.M., Cho B. et al. (2021). Behavioral interventions for smoking cessation among adolescents: a rapid review and meta-analysis for the Korea Preventive Services Task Force. Osong. Public Health Res. Perspect. 12(3): 177-186	Wykl.	S
10	Dodd S., Widnall E., Russell A. E. et al. (2022). School-based peer education interventions to improve health: a global systematic review of effectiveness. BMC Public Health. 22(1): 2247	Wykl.	I
11	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. Prev Sci. 25(7): 1104-1121	Wł.	
12	Gianfredi V., Barbati C., Sgueglia A.C. et al. (2025). Digital interventions in tobacco prevention for school-aged children: results of systematic review. Public Health. 245: 105799	Wykl.	I
13	Hagerman C. J., Hoffman R. K., Vaylay S. et al. (2021). Implementation Intentions to Reduce Smoking: A Systematic Review of the Literature. Nicotine. Tob. Res. 23(7): 1085-1093	Wykl.	S
14	Han G., Son H. (2022). A systematic review of socio-ecological factors influencing current e-cigarette use among adolescents and young adults. Addict Behav. 135: 107425	Wykl.	S
15	Hartmann-Boyce J., Livingstone-Banks J., Ordóñez-Mena J. M. et al. (2021). Behavioural interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database Syst. Rev. 1(1): CD013229	Wykl.	P

Lp.	Autorzy, Tytuł, Czasopismo	Status na podstawie pełnego tekstu	Powód wykluczenia (P, I, S)
16	Hodder R. K., O'Brien K. M., Al-Gobari M. et al. (2025). Interventions implemented through sporting organisations for promoting healthy behaviour or improving health outcomes. <i>Cochrane Database Syst. Rev.</i> 1(1): CD012170	Wykl.	I
17	Hurzeler T., Giannopoulos V., Uribe G. et al. (2021). Psychosocial Interventions for Reducing Suicidal Behaviour and Alcohol Consumption in Patients With Alcohol Problems: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. <i>Alcohol Alcohol.</i> 56(1): 17-27	Wykl.	S
18	Kundu A., Sultana N., Felsky D. et al. (2024). An overview of systematic reviews on predictors of smoking cessation among young people. <i>PLoS One.</i> 19(3): e0299728	Wykl.	I
19	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	Wł.	
20	Li M.Y., Luk T.T., Cheung D.Y.T. et al. (2025). Effectiveness of family-based behavioral intervention for smoking cessation in low-income households: a systematic review and meta-analysis. <i>E. Clinical. Medicine.</i> 87: 103420	Wykl.	P
21	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	Wł.	
22	Mylocopos G., Wennberg E., Reiter A. et al. (2024). Interventions for Preventing E-Cigarette Use Among Children and Youth: A Systematic Review. <i>Am. J. Prev. Med.</i> 66(2): 351-370	Wykl.	S
23	Nawi A. M., Ismail R., Ibrahim F. et al. (2021). Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. <i>BMC Public Health.</i> 21(1): 2088	Wykl.	S
24	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	Wł.	
25	Park E., Zhou Y., Chen C. et al. (2023). Systematic review: interventions to quit tobacco products for young adults. <i>BMC Public Health.</i> 23(1): 1233	Wykl.	S
26	Pinquart M., Scheurle K. (2025). Associations of outcome expectancies with smoking: A meta-analysis. <i>Drug Alcohol Depend.</i> 273: 112727	Wykl.	S
27	Ponsford R., Melendez-Torres G.J., Miners A. et al. (2024). Whole-school interventions promoting student commitment to school to prevent substance use and violence, and improve educational attainment: a systematic review. <i>Public Health Res. (Southampton).</i> 12(2): 1-290	Wykl.	S
28	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	Wł.	
29	Sampaio F., Nystrand C., Feldman I. et al. (2024). Evidence for investing in parenting interventions aiming to improve child health: a systematic review of economic evaluations. <i>Eur. Child Adolesc. Psychiatry.</i> 33(2): 323-355	Wykl.	S
30	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	Wł.	

Lp.	Autorzy, Tytuł, Czasopismo	Status na podstawie pełnego tekstu	Powód wykluczenia (P, I, S)
31	Song R., Park M. (2021). Meta-analysis of the effects of smoking prevention programs for young adolescents. Child Health Nurs Res. 27(2): 95-110	Wł.	
32	Tinner L., Palmer J. C., Lloyd E. C. et al. (2022). Individual-, family- and school-based interventions to prevent multiple risk behaviours relating to alcohol, tobacco and drug use in young people aged 8-25 years: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 22(1): 1111	Wykl.	S
33	Ünal E., Metintaş S. (2021). Effectiveness of anti-smoking interventions towards community: a meta-analysis study. Cent. Eur. J. Public. Health. 29(2): 134-142	Wykl.	S
34	Vaihekoski A., Lagström H., Eloranta S. et al. (2022). Influencing adolescents' attitudes towards nicotine products: A systematic review. Nordisk Alkohol Nark. 39(5): 568-584	Wł.	
35	Villanti A. C., West J. C., Klemperer E. M. et al. (2020). Smoking-Cessation Interventions for U.S. Young Adults: Updated Systematic Review. Am. J. Prev. Med. 59(1): 123-136	Wykl.	S
36	Villanueva-Blasco V.J., Belda-Ferri L., Vázquez-Martínez A. (2025). A systematic review on risk factors and reasons for e-cigarette use in adolescents. Tob. Induc. Dis. 23: 10.18332/tid/196679	Wykl.	S
37	Villanueva-Blasco V.J., Medina-Martínez J., Zaragoza J. (2025). Systematic review on the characteristics and efficacy of school preventive programs for drug addiction in Spain. Adicciones. 37(1): 19-40	Wykl.	S
38	Vrijen C., Wiertsema M., Ackermans M.A. et al. (2021). Childhood and Adolescent Bullying Perpetration and Later Substance Use: A Meta-analysis. Pediatrics. 147(3): e2020034751	Wł.	
39	Walsh H., McNeill A., Purssell E. et al. (2020). A systematic review and Bayesian meta-analysis of interventions which target or assess co-use of tobacco and cannabis in single- or multi-substance interventions. Addiction. 115(10): 1800-1814	Wykl.	I
40	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. Front Public Health. 10: 809232	Wł.	
41	Wood E, Pan J, Cui Z. et al. (2024). Does This Patient Have Alcohol Use Disorder?: The Rational Clinical Examination Systematic Review. JAMA. 331(14): 1215-1224	Wykl.	Brak pełnego tekstu
42	Wu J., Benjamin E.J., Ross J.C. et al. (2025). Health Messaging Strategies for Vaping Prevention and Cessation Among Youth and Young Adults: A Systematic Review. Health Commun. 40(3): 531-549	Wykl.	S
43	Yimer T.M., McClure-Thomas C., Stjepanovic D. et al. (2024). The relationship between cannabis and nicotine use: A systematic review and meta-analysis. Addiction. 119(12): 2076-2087	Wł.	
44	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	Wł.	
45	Zhang Y.Y., Bu F.L., Dong F. et al. (2021). The effect of e-cigarettes on smoking cessation and cigarette smoking initiation: An evidence-based rapid review and meta-analysis. Tob. Induc. Dis. 19: 04	Wykl.	I

Lp.	Autorzy, Tytuł, Czasopismo	Status na podstawie pełnego tekstu	Powód wykluczenia (P, I, S)
46	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	Wł.	

P – populacja; I – interwencja; S – metodyka